FACULTE de MEDECINE de DIJON

ANNEE 1976 N° 61

ETUDE STATISTIQUE D'UNE POPULATION DE 500 FEMMES SUIVIES POUR INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

(A la clinique Gynécologique et Obstétricale de Dijon)

THESE

présentée à la Faculté de Médecine de DIJON
et soutenue publiquement le 28 juin 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Françoise ZIMMERMANN épouse MALHERBE
née le 29 mars 1949
à PARIS VIe

publié par le Centre d'Editions Médicales Universitaires

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546819_0013

FACULTE de MEDECINE de DIJON

ANNEE 1976 N°

ETUDE STATISTIQUE D'UNE POPULATION DE 500 FEMMES SUIVIES POUR INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

(A la clinique Gynécologique et Obstétricale de Dijon)

THESE

LIBRARY LIBRARY MEDICAL

présentée à la Faculté de Médecine de DIJON
et soutenue publiquement le 28 juin 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Françoise ZIMMERMANN épouse MALHERBE
née le 29 mars 1949
à PARIS VIe

publié par le Centre d'Editions Médicales Universitaires

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J.B. BOUHEY : Doyen
M. A. MARIN : Assesseur
M. R. PUTELAT : Assesseur
M. J.P. DIDIER ; Assesseur
M. J. GUERRIN : Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur honoraire
M. F. BARON : Professeur honoraire
Mle G. PALLOT Professeur honoraire

Professeurs titulaires

Anatomie et organogénèse : P. BARRY
Anatomie pathologique : R. MICHIELS
Biochimie : P. PADIEU
Biophysique : P. GAILLIARD
Carcinologie : F. CABANNE, Doyen honoraire
Clinique chirurgicale : H. VIARD
Clinique médicale : P. CORTET
Clinique obstétricale et gynécologique : J. JAHIER
Clinique médicale infantile : M. ALISON
clinique neuropsychiâtrique : J. BALLIVET
Hépatologie - gastro-entérologie : Cl. KLEPPING
Histologie : G. RUCART
Maladies infectieuses : F. DESTAING
Médecine légale et toxicologie : A. MARIN
Pathologie chirurgicale : C. FERRY
Pathologie médicale : R. PUTELAT
Physiologie : J. KLEPPING
Sémiologie médicale : J. B. BOUHEY

Professeurs sans chaire

Biochimie : J. DEDREUX
Carcinologie : J. GUERRIN
Hématologie et maladies du sang : A. DUZER
Médecine préventive et santé publique, hygiène : M. CARON
Parasitologie : Mme Y. ROUGET
Chirurgie générale : P. AUPECLE
Radiologie (radiodiagnostic) : J.P. MABILLE

Maitres de conférences agrégés

Anatomie, Organogénèse : J.M. AUTISSIER
Anesthésiologie : B. CAILLARD
Bactériologie, virologie : A. KAZMIERCZAK
Chirurgie générale : S. BRIET
G. PIGANIOL
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire : M. DAVID
Gynécologie et obstétrique : J. SALASC
J.P. FELDMAN
Médecine expérimentale, immunologie : F. MARTIN
Médecine interne : M. GAUDET
P. LOUIS
Néphrologie : G. RIFLE
Neurochirurgie : A. THIERRY
Neurologie : A. DUMAS
Orthopédie, traumatologie, chirurgie plastique et reconstructive : P. GRAMMONT
Parasitologie : P. CAMERLYNCK
Pédiâtrie et générique médicale : J.L. NIVELON
Pharmacologie : A. ESCOUSSE
Physiologie : J.P. DIDIER

Pneumologie, phtisiologie : L. JEANNIN
Radiologie, radiodiagnostic : M. WEILLER
D. BINNERT
Radiologie, radiothérapie : J. Cl. HORIOT
Rhumatologie : J. STRAUSS

Agrégés libres

Dermatologie, vénéréologie : J.L. CHAPUIS
Ophtalmologie : P.G. MOREAU
Urologie : R. GAYET

La Faculté de Médecine de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

- JURY DE LA THESE -

Président : Monsieur le Professeur JAHIER

Membres : Monsieur le Professeur MARIN
Monsieur le Professeur MICHIELS
Monsieur le Professeur Agrégé FELDMAN

Membre invité : Madame le Docteur DUSSERRE

A MES PARENTS

A MON EPOUX

A MES ENFANTS, VIRGINIE et JEAN GUILLAUME

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JAHIER

Il nous a inspiré ce travail et nous a fait l'honneur d'accepter de présider notre thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARIN

Nous le remercions d'avoir accepté de nous juger.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHIELS

Nous le remercions de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à notre travail.

Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE FELDMAN

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous lui en sommes reconnaissante.

A MADAME LE DOCTEUR Y. MICHIELS

Elle nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous espérons ne pas avoir trahi ses idées qui sont le fruit d'une réflexion intelligente et prudente.

Nous la remercions très sincèrement pour l'amabilité avec laquelle elle nous a prodigué ses conseils, et guidée dans ce travail.

A MADAME LE DOCTEUR L. DUSSERRE

Elle a contribué, par ses connaissances statistiques à l'interprétation de nos résultats.

Qu'elle trouve ici l'expression de nos remerciements et de notre sincère gratitude.

A MADAME C. MILAN

Nous ne saurons jamais assez la remercier pour tout le temps qu'elle a consacré à cette thèse.

Sa gentillesse, sa disponibilité, sa compétence, ont contribué pour une grande part à l'élaboration de ce travail.

Qu'elle trouve ici toute mon amitié.

A MADAME LE DOCTEUR C. BERTHAUT

Nous la remercions pour sa gentillesse et les conseils dans la partie technique de notre travail.

Avec toutes mes amitiés.

A MADAME J. MARESCHAL

Nous la remercions pour les dossiers qu'elle a bien voulu nous confier, et la documentation qu'elle a mise à notre disposition.

Avec notre reconnaissance et toute notre amitié.

A NOS MAITRES du Centre Hospitalier de Paray-le-Monial

Madame et Monsieur le Docteur DRAPIER

Madame le Docteur ENGEL-BOUTTIER

Madame le Docteur LEGER

Monsieur le Docteur MELINE

Monsieur le Docteur PAROUTY

Monsieur le Docteur PAUCHARD

Monsieur le Docteur SABARLY

Monsieur le Docteur SALAME

Monsieur le Docteur VIAL

A TOUT LE PERSONNEL du Centre Hospitalier de Paray-le-Monial

Avec toute ma sympathie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant l'effigie d'Hippocrate, en présence des Maîtres de cette Faculté et de mes condisciples.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai gratuitement mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira ni à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connnaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

A MADAME LE DOCTEUR ENGEL-BOUTTIER

Au cours des deux ans de notre fonction d'interne dans votre service de pédiatrie, il nous a été donné d'apprécier vos qualités de médecin, mais aussi vos qualités humaines.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre gratitude.

I N T R O D U C T I O N

Article L 162-1 de la loi du 17 janvier 1975 :

"La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de la grossesse".

Cette nouvelle législation traduit une réforme de la société contemporaine. Jusqu'alors les interruptions légales de grossesse n'avaient lieu que pour des raisons médicales très particulières seul un risque vital pour la mère étant pris en considération. Les indications de ces "avortements thérapeutiques" étaient exclusivement réservées à un collège de trois médecins.

L'évolution des idées, du mode de vie, ont d'abord abouti à la mise en oeuvre légale de la contraception. Mais son insuffisance de diffusion ou d'acceptation a fait étendre les interruptions provoquées de grossesse à toutes les situations de "détresse". L'Interruption Volontaire de Grossesse est ainsi devenue légale le 17 janvier 1975.

Au décours de six mois d'expérience d'application de la loi sur les interruptions volontaires de grossesse pratiquées (méthode d'aspiration) à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, nous avons voulu faire le point par un bilan tant socio-économique que médical et tenter d'en tirer des conclusions.

Après un bref rappel historique de l'avortement et des textes législatifs, de la procédure à laquelle doit se soumettre la femme : consultation sociale, consultation médicale, nous verrons dans quelles conditions sont réalisées les interruptions volontaires de grossesse, à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon.

Nous présenterons ensuite l'analyse statistique qui comporte trois parties :

Nous envisagerons tout d'abord le choix du matériel utilisé ainsi que les données de la méthode unidimensionnelle, dans un deuxième temps nous exposerons la méthode bidimensionnelle, puis nous aborderons l'analyse statistique multidimensionnelle et ses résultats.

I - HISTORIQUE

- Aperçu des méthodes abortives de l'Antiquité à la Renaissance
- Evolution de la législation en Europe et dans certains pays d'Europe autres que la France
- Les résultats de la libéralisation
- Rappel historique et démographique en France
- L'évolution des législations en France
- Le projet de loi
- Le texte de loi.

II - MODALITES D'APPLICATIONS de la loi du 17 janvier à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon.

I - HISTORIQUE

APERCU SUR LES METHODES ABORTIVES DE L'ANTIQUITE A LA RENAISSANCE (103)

Le souci de limitation des naissances n'est pas le fait de cette fin du XXe siècle. Car dès l'Antiquité, (bien avant les problèmes de surpopulation), philosophes et médecins abordaient ce sujet.

L'avortement a été pratiqué, ou du moins tenté à toutes les époques, mais l'infanticide a peut-être été plus fréquent que l'avortement lui-même dans l'Antiquité pour des raisons techniques : la multiplicité des drogues réputées abortives signifie qu'elles devaient en effet s'avérer souvent inefficaces et conduire secondairement à l'infanticide.

D'autre part, dans le monde gréco-romain, le père avait le droit de tuer ses enfants, et à plus forte raison, celui de détruire les enfants à naitre. Aussi, pour le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, l'infanticide fut-il *"atténué et en quelque sorte perfectionné en devenant l'avortement"*. Il est d'ailleurs à noter que déjà la contraception avait également une place importante.

Nous donnerons suivant un ordre approximativement chronologique, quelques rappels sur les écrits chinois, égyptiens, puis grecs, concernant l'abortum.

Dans les textes chinois anciens, il est particulièrement difficile de distinguer les drogues supposées contraceptives de celles supposées abortives, mais il est généralement admis que l'avortement et l'infanticide étaient pratiqués en Chine dès l'époque de l'Empereur CHEN NONG (2737-2696 avant Jésus-Christ).

Au contraire, dans le code d'HAMMOURABI, vers 2003-1861 avant J.C., on trouve une série d'articles relatifs à la famille assez semblables à ceux du "Code Mosaïque" : MOISE et HAMMOURABI considéraient tous les deux l'avortement provoqué comme un crime. On a cru, sur la foi d'une mauvaise traduction que le papyrus dit "d'Ebers" (1550 avant J.-C.) contenait une prescription abortive, alors que les égyptiens prônaient simplement une méthode contraceptive qui consistait à : *"triturer des aiguilles d'acacia avec du miel, d'en enduire de la charpie humide et d'introduire le pessaire ainsi confectionné dans le vagin"*. Signalons que les Egyptiens appliquaient aux cas d'infanticide une sanction d'ordre psychologique, sûrement difficilement supportable : *"le coupable devait pendant trois jours et trois nuits, demeurer sous la surveillance d'un garde publique, auprès du cadavre et le tenir embrassé"*.

Par contre, chez les grecs, l'avortement et l'infanticide semblaient chose courante, sans doute sous l'influence de philosophes comme HESIODE (750 avant J.-C.), PLATON (429-347 avant J.-C.) et ARISTOTE (384-322 avant J.-C.), partisans de la famille à enfant unique. Quant à HIPPOCRATE (460 avant J.-C.) et ses élèves, ils ont écrit des données précises se rapportant aux manoeuvres intra-utérines : c'est là que nous trouvons l'indication la plus ancienne de sonde végétale ou en plomb, placée dans l'utérus, et d'injections intra-utérines. Il semble pourtant que ces prescriptions aient eu pour but non pas l'avortement, mais le traitement des fausses-couches.

ARISTOTE (384-322 avant J.-C.) traite clairement de l'avortement dans "La Politique" : *quant au nombre des naissances, si les moeurs répugnent à l'abandon complet et qu'au-delà du terme formellement imposé à la population, quelques mariages deviennent féconds, il faudra provoquer l'avortement avant que l'embryon ait reçu le sentiment de vie".*

Dans les siècles suivants, les travaux du célèbre obstétricien SORANOS d'Ephèse qui, après ses études à Alexandrie, vécut à Rome sous les règnes de TRAJAN (98 après J.-C.) et d'ADRIEN (117 après J.-C.), précisent bien l'emploi de la contraception et les conditions de l'avortement qui apparait comme un acte thérapeutique pour sauvegarder la mère : *"Il y a des femmes qui, par le fait de la conception, sont mises dans un état dangereux à cause de l'étroitesse du col de l'utérus, ou parce que la matrice tout entière est trop petite et ne peut suffire à la nutrition de l'enfant, ou parce qu'il existe à l'orifice de la matrice, des condylomes, des fissures ou quelque autre défectuosité de nature telle qu'il eût été plus utile à la femme de n'avoir pas conçu ; que si pourtant elle est enceinte, il serait préférable de tuer le foetus plutôt que de le couper pour l'extraire. Comme il serait plus utile pour ces femmes qu'elles n'eussent pas conçu, il est essentiel de dire quels sont les moments les plus favorables à la conception pour que les femmes puissent l'éviter dans l'acte du coït....".* Il ajoute : *"Si la semence n'est pas détruite par les petits moyens : bains, cataplasme, figues sauvages dans le vagin, il faudra en employer de plus efficaces et en venir à l'avortement, non pas au hasard et sans circonspection. Car toute corruption du foetus est périlleuse et surtout si la femme est robuste, l'utérus plus dur et plus dense. Il faut choisir le troisième mois, pas avant ni après".*

Plus tard, l'interruption de grossesse entre ouvertement dans l'histoire, avec des précisions de techniques et de recettes. RHAZES, né près de Téhéran au milieu du IXe siècle dans sa Quintessence de l'Expérience (Chapitre 24), écrit, après les moyens de prévenir la conception : *"Si ces méthodes n'ont pas de succès et que la semence s'est fixée, il n'y a pas d'autre solution que d'insérer*

dans l'utérus un stylet ou une tige coupée en forme de stylet, spécialement la racine de mauve et qu'une extrémité du stylet doit être attachée à la cuisse par un fil, afin qu'il ne puisse pénétrer plus avant : "il faut laisser en place toute la nuit, souvent même toute la journée. Il ne faut pas user de force, ni se presser, ni répéter l'opération, car on causerait du mal... attendre ainsi une à deux semaines jusqu'à ce que graduellement la menstruation réapparaisse et la chose toute entière lentement s'ouvrira et deviendra propre".

Après cette description technique longue et précise pour l'époque, RHAZES ajoute que l'usage simultané de drogues par voies externe et interne serait souvent efficace. Il donne aussi quelques conseils post-opératoires : *"Se préserver du froid, prendre un bain chaud chaque jour, massage de l'abdomen et de l'utérus. La patiente peut se permettre des mouvements violents et des rapports vigoureux"*... et pour RHAZES, *"la plaisanterie est également utile"*. Mais il ne dit pas s'il s'agit d'une psychothérapie destinée à éviter la culpabilité.

L'école de SALERME, fondée en l'an 1000 parle de l'armoise *"par elle promptement l'avortement s'opère"*.

Le Cheikh NEFZAOUI, au XVIe siècle, préconise la cannelle introduite dans le vagin sur un tampon de lin qui provoquerait *"la chute du foetus avec la permission du Dieu Tout Puissant"*.

Nous nous limitons ainsi à un aperçu historique au travers des siècles sur les méthodes contraceptives et abortives.
En terminant, nous voudrions rappeler que par un édit, en 1556, Henri II concrétise une opinion fréquente dans les civilisations chrétiennes, à savoir que le baptême doit dominer toutes les interventions : *"qu'advertis d'un crime très énorme et excécrable, fréquent dans notre royaume, des femmes se délivrent de leur fruit occultement... puis le suffoquent, meurtrissent et autrement le suppriment sans leur avoir fait impartir le saint sacrement de baptesme..."*

Tout au cours des siècles postérieurs à la Renaissance restent mentionnées des drogues abortives ou réputées telles.
Du règne végétal ou animal, on est passé, dans les temps modernes, à l'ère chimique puis hormonale.

C'est ainsi que la quinine fut sans doute à l'origine de plus de troubles auditifs que d'avortements, et que la folliculine, pour la prescription de laquelle des poursuites judiciaires furent parfois intentées il y a une quarantaine d'années, a ensuite été plus souvent utilisée dans l'espoir de prévenir l'avortement, plutôt que de le déclencher.

Mais les moyens archaïques ont encore longtemps et récemment été essayés comme abortifs, tant il est vrai que les croyances populaires en l'efficacité des plantes survivent aux découvertes scientifiques. La décision de se faire avorter clandestinement a toujours conduit la femme à user de techniques dangereuses.

EVOLUTION DE LA LEGISLATION DANS LE MONDE ET DANS CERTAINS PAYS D'EUROPE AUTRES QUE LA FRANCE (48, 79).

Au XXe siècle, l'avortement en Europe et dans le monde, va progressivement passer de l'interdiction absolue à la liberté totale

. Sur les rivages africains de la méditerranée, la religion musulmane apparait moins intransigeante et admet que l'avortement puisse être provoqué jusqu'à la fin du quatrième mois de grossesse. *"Priorité est donnée à ce qui est* (les parents), *sur ce qui n'est pas encore, et pourrait ne jamais être* (les enfants)".

. Pour certains théologiens l'avortement peut être légitimé par la seule crainte d'avoir *"une mauvaise descendance"*.

. C'est en Islande en 1935, que pour la première fois en Europe occidentale, la libéralisation des législations sur l'avortement a été étendue aux cas où, sans mettre en danger la vie de la mère, la grossesse menace sa santé physique ou mentale et aux cas où elle entraine des difficultés graves d'ordre familial ou financier.

Elle s'est propagée par la suite à l'ensemble des pays scandinaves, puis à la Suisse, au Royaume Uni, sous des formes diverses allant de la liberté totale sans demande ou sur demande, à l'autorisation après avis de commissions ou d'experts.

. En Norvège en 1960, en Suède en 1963, la grossesse peut être interrompue non seulement lorsqu'elle menace la santé de la mère, mais pour prévenir l'épuisement, *"la débilité anticipée"* de la femme enceinte.

. Au Danemark, une loi de 1970 permet l'avortement sans autorisation préalable lorsque la femme est mère d'au moins 4 enfants âgés de moins de 18 ans.

. En Finlande, l'interruption provoquée peut être autorisée, sur la demande de la femme lorsqu'elle est âgée de moins de 17 ans, ou de plus de 40 ans, ou lorsqu'elle est déjà mère de 4 enfants

. En Grande Bretagne, un texte de 1861 déclarait coupable de *"Felony"* et passible de travaux forcés à perpétuité la femme

qui se faisait avorter, ainsi que ses complices. Un siècle plus tard, avec la réforme d'octobre 1967, l'interruption de la grossesse peut être pratiquée jusqu'à la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée, gratuitement, par les médecins du service national de santé, lorsque deux d'entre eux la jugent nécessaire, soit pour sauvegarder la vie ou la santé de la mère, soit pour des raisons d'eugénisme, soit encore de façon très extensive *"lorsque la naissance risque de porter préjudice aux enfants déjà nés"*.

La loi prévoit en outre que *"afin de déterminer si la poursuite de la grossesse implique un risque pour la santé, il peut être tenu compte des conditions du milieu dans lequel la femme vit au moment considéré ou peut être amenée à vivre de manière prévisible"*.

. En Suisse, des commissions autorisent de façon très libérale l'avortement lorsque la prolongation de la grossesse menace la santé de la mère d'une atteinte grave et permanente. Les interruptions de grossesses sont autorisées jusqu'à la vingtième semaine d'aménorrhée.

. En République Fédérale Allemande, l'interruption de grossesse est autorisée depuis mars 1972.

. Aux Etats-Unis, la législation s'est progressivement implantée. L'avortement est autorisé jusqu'à la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée. Une dizaine d'Etats Américains en bénéficient depuis 1967. L'Etat de New-York depuis le 1er juillet 1970, et tous les Etats depuis le 22 janvier 1973. Après la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée l'interruption peut même être pratiquée dans les trois mois suivants si la vie de la mère est en danger.

. Autorisé sans restriction de 1917 à 1926, puis avec certaines réserves de 1926 à 1936, enfin totalement interdit de 1936 à 1954, l'avortement provoqué est à nouveau licite en Union Soviétique depuis 1955, sur simple demande de la femme, jusqu'à la douzième semaine d'aménorrhée.

. Les autres démocraties populaires (Hongrie, Pologne, Bulgarie, Roumanie, Yougoslavie) qui avaient suivi en 1956 l'exemple de l'U.R.S.S. ont par la suite adopté des législations plus ou moins restrictives. Il s'agit notamment de la Roumanie où la libéralisation totale s'était accompagnée d'un effondrement de la natalité et l'avortement semblait se substituer aux méthodes préventives de contraception (122).

LES RESULTATS DE LA LIBERALISATION (47, 79, 124, 145)

Dans les pays où la libéralisation de l'avortement remonte à une dizaine d'année, alors que la contraception a été favorisée et diffusée sur une large échelle depuis plusieurs décennies, le nombre d'avortements légaux va en augmentant : il a quintuplé en Suède depuis 1963.

D'après les études statistiques publiées à ce sujet, on constate que le nombre d'avortements légaux se serait élevé dans les pays scandinaves en 1967 à 8 pour cent du nombre correspondant des naissances vivantes et en Angleterre, en 1966, un an après l'application de la réforme, à 7 pour cent.

L'accroissement du nombre des avortements légaux s'est accompagné d'une baisse considérable de la natalité. Le taux d'avortement habituellement de 40 pour cent naissances vivantes, est passé en U.R.S.S. à 150 pour cent et en Roumanie à 400 pour cent (124).

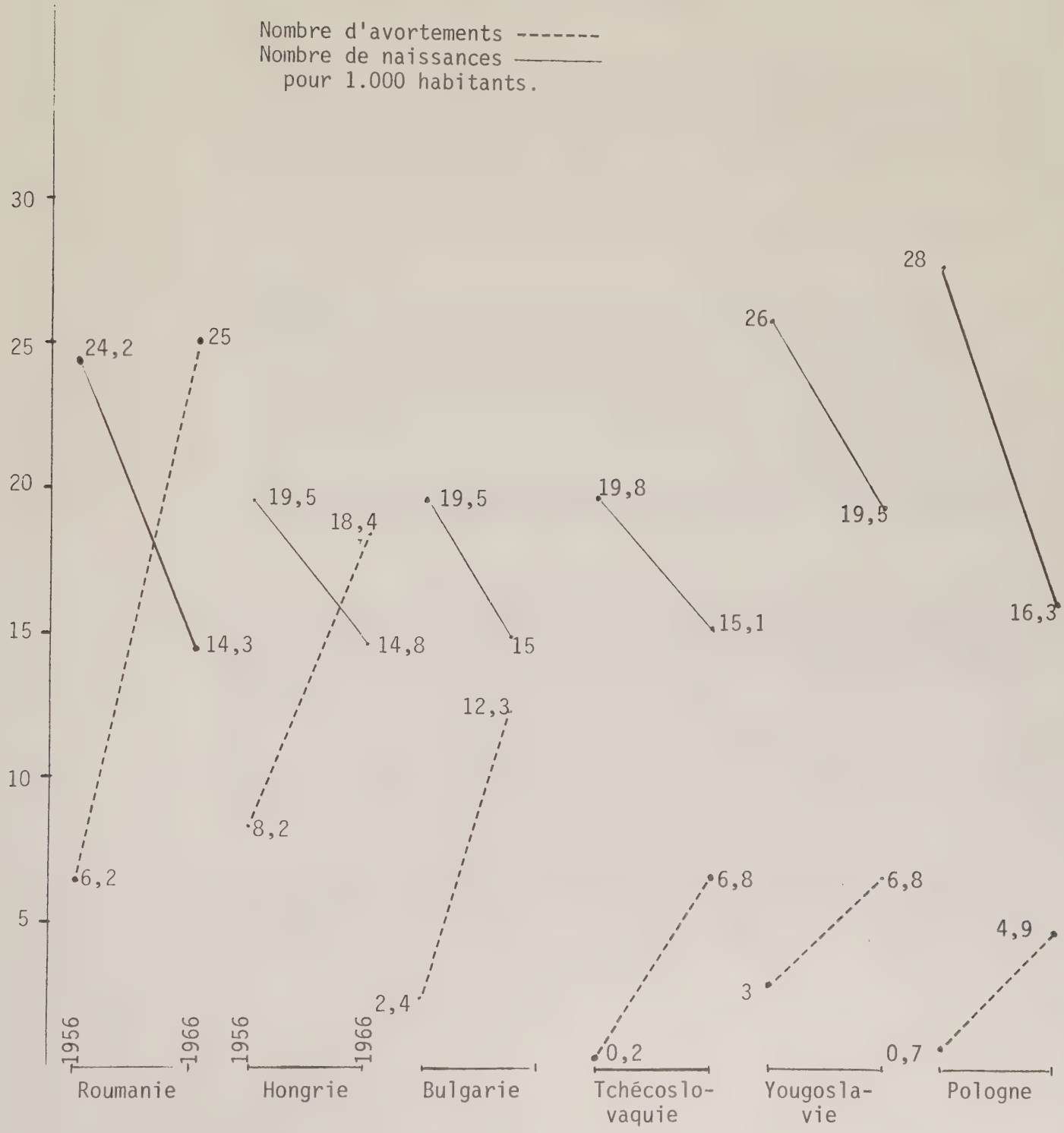
Dans les pays scandinaves, depuis la libéralisation de l'avortement il y a un avortement pour dix naissances au Danemark, un pour onze naissances en Norvège, un pour six naissances en Suède, deux avortements pour trois naissances en Finlande ; on note également un avortement pour neuf naissances dans le Royaume Uni.

Si on considère les démocraties populaires où la liberté d'interruption de grossesse demeure quasi totale, une communication de BELA KAPOTSY à la deuxième conférence européenne de démographie en 1971 montre un taux d'avortement croissant qui atteignait en 1964, 4,9 pour mille habitants en Pologne, 6,5 pour mille en Yougoslavie, 6,8 pour mille en Tchécoslovaquie, 12,3 pour mille en Bulgarie, 18,4 pour mille en Hongrie.

Au Japon, après une campagne intensive en faveur des contraceptifs, le nombre d'avortements provoqués qui représentait de 1948 à 1955, 70 pour cent des naissances évitées, est tombé à 30 pour cent, alors que le pourcentage de naissances évitées par les contraceptifs s'est élevé dans le même temps à 70 pour cent. Toutefois, il parait très difficile de chiffrer les naissances évitées par la contraception.

Pour tous les pays de l'Est, malgré la contraception, il existe une corrélation entre le taux de natalité et le taux d'avortements légaux, que nous avons représentée dans le tableau suivant.

EVOLUTION DU NOMBRE DES AVORTEMENTS LEGAUX ET DU NOMBRE DES NAISSANCES VIVANTES DANS LES PAYS DE L'EST DE 1956 A 1966 (48)

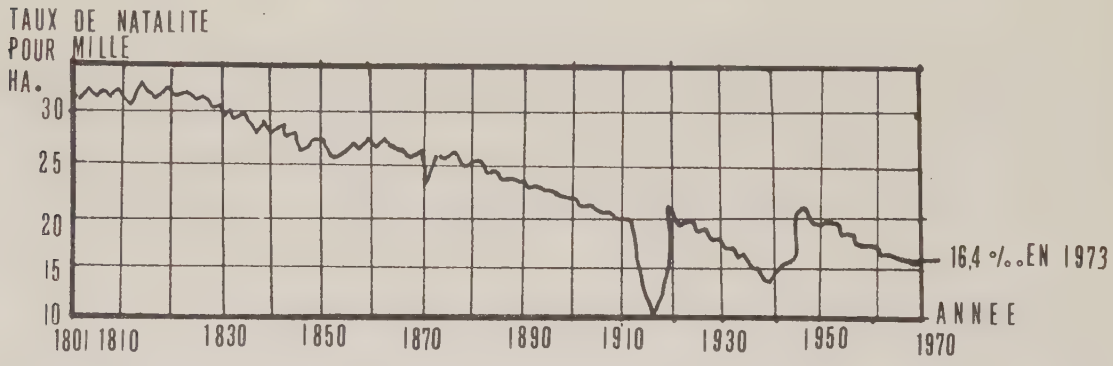


RAPPEL HISTORIQUE DE L'EVOLUTION DE LA NATALITE ET DES TEXTES LEGISLATIFS EN FRANCE

Rappel historique et démographique

Le souci de la limitation des naissances a débuté en France vers le XVIIe siècle. Le nombre des enfants moyen par famille a varié de 6,13 avant 1700 à 2,79 de 1700 à 1760, et à 2 de 1750 à 1800 ; ceci est dû au fait que les pratiques contraceptives empiriques se sont répandues en France.

De 1800 à nos jours, le taux de natalité va en décroissant :



En analysant l'évolution de la natalité en France, Jean SUTER et Henri BASTIDE (28) montrent que la tendance générale à la baisse qui a marqué la courbe de la natalité en France depuis près de deux siècles, est liée au désir de sauvegarder le patrimoine et d'assurer la promotion sociale des enfants.

Au XXe siècle, la modification du mode de vie, la concentration urbaine de plus en plus poussée de la population, l'exiguité des logements, la généralisation du travail féminin, constituent des incitations à limiter le nombre des enfants.

Le type d'économie contemporaine est dominé par une tentation permanente de consommation, ce qui conduit à opérer des choix entre un certain niveau de participation à la "société de consommation", et la présence d'un ou plusieurs enfants supplémentaires.

Il ne faut pas négliger d'autre part, le rôle de l'effondrement du taux de mortalité infantile apportant dans une certaine mesure un sentiment d'équilibre familial acquis après un nombre limité de naissances.

Après la baisse importante du taux de la natalité en 1916 à 10 pour mille, consécutive à la guerre, le chiffre des naissances remonte à 20 pour mille en 1920, et après la guerre de 1939-1945 la natalité était de 21,3 pour mille en 1947.

Depuis cette date, le nombre des naissances baisse régulièrement, en particulier depuis 1964 pour atteindre en 1973 un taux de 16,4 pour mille.

Le rôle réciproque de l'avortement clandestin et le rôle de la contraception sont pratiquement impossibles à préciser pour expliquer cette baisse de natalité.

Avant la loi du 17 janvier 1975, il parait difficile de donner une information exacte sur l'avortement clandestin, et il n'est pas certain que la libéralisation de la loi puisse le faire disparaitre complètement (en particulier pour des raisons multiples de non anonymat, de nécessité de demande officielle d'aide financière dans certains cas, de nécessité d'autorisation parentale pour les filles mineures, etc...)

Un rapport de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) évalue aussi scientifiquement qu'il est possible, le nombre d'avortements clandestins en France en 1963 à 200.000 ou 250.000, et la mortalité annuelle à quelques dizaines (61).

Le livre de MONDOR (92), "Les avortements mortels" (1935) semble être par excellence le livre de référence pour toute étude historique sur l'avortement clandestin. La richesse de la pathologie abortive, décrite par MONDOR, entrainant une lourde mortalité et morbidité, semble avoir régressé depuis l'organisation de la lutte anti-infectieuse, de la réanimation et de l'anesthésie.

MONROZIERS, au cours des Entretiens de Bichat en 1973 (93), déclare : "*la mortalité ne semble actuellement pas plus élevée dans les pays où l'avortement est clandestin que dans les pays où il est libre, et le phénomène avortement semble être une constante sociale assez peu sensible aux différentes législations*".

L'EVOLUTION DE LA LEGISLATION

Pour essayer de lutter contre la baisse de la natalité différentes lois ont été votées par le Parlement : loi répressive pour l'avortement et la contraception d'une part, système de compensation des charges familiales d'autre part.

- Le 31 juillet 1920 est promulguée une loi tendant à réprimer non seulement l'avortement qui est considéré comme un crime, mais aussi toute pratique et toute propagande anticonceptionnelle.

- A partir du 27 mars 1923, l'avortement est considéré, non plus comme un crime, mais comme un délit, et en Droit Français, c'est l'article 317 du code pénal datant du 29 juillet 1939 qui s'y rapporte :

"Quiconque, par aliment, breuvage, médicament, manoeuvre violente ou par autre moyen aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un ou cinq ans et d'une amende de 1.800 à 360.000 F.

Sera punie d'emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 360 à 7.200 F. une femme qui se sera procuré l'avortement elle-même, ou qui aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle-même indiqués ou administrés à cet effet".

- Pour l'avortement thérapeutique (défini dans la loi du 19 mars 1939) entre en vigueur le décret L 161/1 du code de santé du 11 mai 1955 qui stipule :

"Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entrainer l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts auprès du Tribunal de Grande Instance qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique".

On comptait en France, de 1949 à 1968, de 50 à 60 avortements thérapeutiques par an pour le département de la Seine, environ 300 par an pour la France (61). Ces dernières années, le nombre d'avortements médicaux déclarés avait considérablement augmenté car, quelle que soit la maladie, certains médecins prenaient en considération le contexte médico-social et psychologique ; d'autre part, le problème de la qualité de l'enfant à naitre commençait à se poser avec l'avènement de possibilités nouvelles de prévoir une anomalie foetale, mais cette considération n'était pas reconnue par la loi française.

- On assistait parallèlement à une évolution de la contraception et la loi de 1920 fut abrogée par la loi du 28 décembre 1967, dite "Loi NEUWIRTH".

Les décrets d'application de cette loi sur la régulation des naissances ne sont parus que le 4 décembre 1974.

Cette loi porte sur trois points essentiels :

. *Simplification des procédures, suppression de l'inscription au tableau spécial prévu pour les substances vénéneuses ; suppression du carnet à souche, accès des mineures à la contraception sans autorisation écrite des parents.*
. *Introduction de la planification familiale dans les attributions normales des Centres de Protection Maternelle et Infantile, et distribution gratuite des contraceptifs dans les centres de planification familiale pour les mineures et pour les femmes ne pouvant pas bénéficier de la sécurité sociale.*
. *Remboursement des contraceptifs oraux par la sécurité sociale ou par l'aide médicale".*
(Les contraceptifs chimiques et intra-utérins ne sont délivrés que sur ordonnance médicale).

- Depuis le 17 juin 1913, le gouvernement développe la politique familiale, pour favoriser les naissances, en instaurant diverses mesures de protection sociale de la mère et de la famille. La première a été "le repos légal des femmes en couches". Le principe d'assistance aux femmes enceintes et aux femmes en couches date du 15 avril 1943, grâce à des initiatives privées. Il faudra attendre le 8 novembre 1950 pour qu'une allocation journalière soit versée aux femmes privées de ressources pendant la période qui précède et qui suit leurs couches : cette allocation journalière a été ensuite remplacée par les allocations prénatales (30 décembre 1957) et allocations post-natales ou de maternité (30 décembre 1961).

Le principe des allocations familiales est accepté à partir de 1939 dans le code de la famille. Il s'agit de sommes allouées au chef de famille pour assurer l'éducation et l'entretien des enfants dont ils ont la charge. Ces allocations ne seront versées officiellement qu'à partir du 10 décembre 1946. L'allocation de la "mère au foyer" date du 7 juin 1957, l'allocation de salaire unique et l'allocation pour frais de garde ont été votés le 3 janvier 1972.

Nous constatons que ces différentes mesures n'ont eu que peu d'effet sur le taux de la natalité qui, de façon générale, tend à la baisse, comme dans tous les pays voisins.

LE PROJET DE LOI

Le 15 novembre 1974 a été discuté à l'Assemblée Nationale un projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse.

Au cours de l'exposé des motifs nous relevons :

- *"que l'état actuel du Droit est devenu source d'injustice et de désordre".*

- *"quelle que soit la rigueur de la loi, il est vain d'espérer qu'elle puisse aujourd'hui moins encore qu'hier, détourner certaines femmes d'interrompre volontairement leur grossesse, alors surtout qu'elles trouvent les plus grandes facilités dans plusieurs pays voisins".*

- *"Le corps médical est divisé, au point que certains médecins en viennent à enfreindre ouvertement la loi".*

- *"Dans l'état actuel de l'opinion de la majorité des Françaises et Français, il est devenu impossible de faire subir à l'ensemble des femmes convaincues d'avoir interrompu volontairement leur grossesse les lourdes sanctions pénales prévues par le décret-loi du 23 juillet 1939".*

- *"Les statistiques judiciaires révèlent une diminution constante puis la cessation des poursuites contre les femmes ayant recouru à l'avortement".*

- *"Toutefois, trop d'incertitude pèse sur le sujet pour prendre un parti définitif et les dispositions prises par le Parlement seront valables pour cinq années seulement, permettant au législateur de tirer leçon des faits sur le plan médical, familial, social et démographique et de confirmer ou modifier la loi".*

- *"Les dispositions pénales de l'article 317 restent indispensables pour sanctionner les actes "mettant en danger la vie ou la santé de la femme".*

L'application de l'article 317 est donc simplement suspendue lorsque l'interruption de grossesse remplit trois conditions : être pratiquée avant la fin de la dixième semaine (de la grossesse), soit douze semaines d'aménorrhée, par un médecin et dans un établissement d'hospitalisation public ou privé.

- *"De plus, il est institué une procédure à laquelle doit obligatoirement se soumettre la femme qui envisage d'interrompre sa grossesse en raison de la situation de détresse dans laquelle son état la place.*

L'intervention d'un conseil médical et social habilité, un délai minimum de réflexion de sept jours, une demande formulée par écrit pour la femme lorsque la dissuasion aura échoué. Une information sur la contraception est obligatoire, par l'établissement où a été pratiquée l'intervention".

- "Après la dixième semaine de gestation, la décison appartient à deux médecins, lorsque celle-ci est indispensable pour des raisons médicales".

- "L'avortement n'est pas admis parmi les actes médicaux remboursés par la sécurité sociale, sauf en cas d'avortement thérapeutique, contrairement à la contraception car il n'est pas un moyen de régulation des naissances.

Toutefois, il est prévu une aide sociale pour les femmes les plus démunies".

- "L'évolution des techniques mécicales et des attitudes sociales a conduit à redéfinir la législation de l'avortement, alors même que l'évolution démographique en France comme dans tous les autres pays industriels devient préoccupante".

- "La diminution du taux de fécondité depuis 1964 échappe encore à l'analyse. Le gouvernement développe la politique familiale en instaurant diverses mesures de protection sociale de la mère et de la famille".

LE TEXTE DE LOI

Le texte de la loi n° 75-17 du 17 janv ier 1975 paru au Journal Officiel le 18 janvier 1975 est le suivant :

Section I : Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine.

Article L. 162-1 : La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

Article L. 162-2 : L'interruption volonaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

Article L. 162-3 : Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-
1°) Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;
2°) Remettre à l'intéressée un dossier guide comportant :

a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître.

b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4.

Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

Article L. 162-4 : Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultatio ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Article L. 162-5 : Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

Article L. 162-6 : En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de la grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 et L. 162-5.

Article L. 162-7 ; Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représental légal est requis.

Article L. 162-8 : Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci, mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que les interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

Article L. 162-9 : Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

Article L. 162-10 : Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiqué au médecin inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

Article L. 162-11 : L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7.

Section II : Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour un motif thérapeutique.

Article L. 162-12 : L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public, ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une Cour d'appel.

Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée ; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

Article L. 162-13 : Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.

Arrêté n° 75-22/P pris pour l'application de l'article 8 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

Le ministre de l'économie et des finances et le ministre de la santé,

après avis du comité national des prix

Arrêtent :

Art. 1er - Les prix limites des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine, dans les conditions indiquées ci-après, sont fixés comme suit :

a) Honoraires du médecin pratiquant l'interruption de la grossesse : 160 francs ;

b) Honoraires du médecin anesthésiste-réanimateur, en cas d'anesthésie générale : 100 francs.

c) Forfait pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à douze heures, y compris les frais de salle d'opération : 240 francs, hors T.V.A.

d) Forfait pour une durée d'hospitalisation comprise entre douze et vingt-quatre heures, y compris les frais de salle d'opération : 340 francs, hors T.V.A.

e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires d'hospitalisation : 100 francs, hors T.V.A.

II - MODALITES D'APPLICATION DE LA LOI DU 17 JANVIER 1975 A LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON

Après des siècles d'avortements perpétués avec des risques graves de mortalité et de séquelles, la femme bénéficie non seulement de moyens et d'information de contraception rationnelle, mais encore d'un droit à l'interruption volontaire de grossesse faite par des médecins, en milieu hospitalier, donc avec la plus grande sécurité possible, depuis la loi du 17 janvier 1975.

Nous allons étudier les modalités d'application de cette loi dans la région dijonnaise.

Une femme qui envisage l'interruption de sa grossesse, conformément à la loi, est d'abord reçue en entretien par une personne appartenant au Centre de Planification et d'Education Familiale, donc liée par le secret professionnel. Cette consultation dont les modalités sont fixées par le décret 75-353 du 13 mai 1975 comporte : *"un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés".*

Une consultation médicale vise ensuite à

- confirmer la grossesse actuelle et à déterminer son terme,
- étudier les antécédents pathologiques, tout traitement éventuellement suivi , et l'état clinique de la femme,
- envisager le problème orthogénique
- prescrire le bilan pré-opératoire (groupage sanguin, facteur rhésus, bilan de coagulation).

La femme est ensuite hospitalisée à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, dans un secteur spécialement aménagé pour cet accueil, la veille de l'intervention, car le protocole habituel comporte la pose de laminaires. Dans le cas d'une anesthésie générale (pour stérilisation tubaire concomitante), un examen médical par le médecin anesthésiste et un bilan

complémentaire sont pratiqués (électrocardiogramme, radiographie pulmonaire, ionogramme sanguin, azotémie).

Pour dilater le col, nous avons choisi la pose de laminaires (26, 42, 65), car ce procédé respecte le mieux la physiologie utérine : l'idéal serait de provoquer des contractions utérines entrainant en quelques heures l'effacement puis l'ouverture du col. C'est le mécanisme observé dans l'avortement spontané.

Les laminaires sont des algues séchées et comprimées dont le diamètre augmente progressivement par imbibition sous l'effet des sécrétions cervicales en six à douze heures. La mise en place des laminaires se fait sans anesthésie ni locale ni générale. Il faut que la laminaire ait franchi l'orifice interne du col et reste en place : elle est maintenue par un tampon de compresses. Le décubitus est nécessaire jusqu'à l'ablation de la laminaire car toute mobilisation peut entrainer son déplacement.

Le risque majeur des laminaires est infectieux. Toute pose de laminaires entraine presque obligatoirement une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre utérin (38) et une véritable infection peut se développer rapidement. L'infection est favorisée par la répétition des manoeuvres : ce risque impose l'asepsie la plus stricte lors des manipulations et si l'état du col fait craindre une désinfection imparfaite, un traitement antibiotique est nécessaire.

L'intervention a lieu le lendemain matin. Habituellement une prémédication associant une ampoule de Pentazocine et deux centimètres cube de Dropéridol, doublée d'une explication précise de la méthode, permet une bonne détente et évite le recours à l'anesthésie générale (17).

L'intervention est pratiquée dans l'asepsie du milieu chirurgical. Après ablation de la laminaire, la dilatation peut éventuellement être complétée à l'aide de bougies métalliques (bougies de HEGAR ou de DOUAY), de calibre croissant. L'emploi de ces bougies métalliques est traumatisante pour le col. Il nécessite parfois une anesthésie générale et toujours un calibrage progressif du col en respectant un temps d'attente suffisant avant de changer de numéro de bougie. Il ne faut pas employer une séquence de plus de six numéros, car si l'orifice interne du col est forcé il y a un risque de rupture interstitielle de l'isthme et de béance cervico-isthmique. Comme pour les laminaires, il existe un risque infectieux qui augmente avec le nombre d'introduction des bougies dans la cavité utérine.

Pour évacuer l'utérus, nous utilisons le "vacuum aspirateur" qui permet de créer une dépression de 0,4 à 0,7 atmosphère. La canule d'aspiration utilisée est une canule de BERKELEY, dont le

calibre doit être égal au nombre de semaines d'aménorrhées. Cette canule est reliée à la source de vide par un tuyau en matière plastique transparente qui permet le contrôle à vue de l'évacuation utérine. Les débris recueillis sont examinés macroscopiquement puis adressés au Laboratoire d'Anatomo-pathologie.

L'abandon du curetage traditionnel au profit de l'aspiration s'explique par les avantages de cette dernière méthode :

1 - Rapidité plus grande de l'opération (14)

2 - Diminution de la dilatation nécessaire à l'évacuation de l'utérus, donc des traumatismes du col (104, 133), et béances secondaires.

3 - Diminution de la douleur, car le col est moins dilaté et que l'aspirateur agit par glissement et non par pression sur les parois de l'utérus (2).

4 - Réduction des anesthésies, tant en nombre qu'en durée (1, 17, 29, 104).

5 - Perte de sang moindre : la perte de sang augmente avec l'âge de la grossesse et dépend du type de l'anesthésie (halotane en particulier). Elle est considérablement réduite grâce à l'emploi systématique de méthylergométrine intraveineuse après l'introduction de la canule, s'accompagnant de la rupture de la poche des eaux. Toutefois, cette injection entraine parfois des nausées facilement jugulées par le métoclopramide (77).

6 - Rareté des lésions du myomètre : l'examen histologique du matériel obtenu par curetage montre la présence de myomètre dans 54 % des cas, alors qu'elle n'existe que dans 7,8 % des cas par aspiration (14, 15). Ainsi la formation de synéchies utérines et du syndrome d'ASHERMAN est réduite, la régénération rapide de la muqueuse évite les complications infectieuses ultérieures (107).

7 - Diminution du risque de rétention : CHALUPA (29), DVORAK (41), NEMET (97), constatent que la rétention de chorion et de membrane est quatre fois moins fréquente par aspiration.

8 - Diminution de l'infection grâce à la rapidité de l'aspiration et au peu de manoeuvres intra-utérines nécessaires (133).

9 - Le risque d'iso-immunisation rhésus est diminué mais reste chiffré à 5,5 % (7, 71). Toutes les femmes rhésus négatif, non encore immunisées, reçoivent une injection de globulines anti-D en cours d'intervention.

Les inconvénients propres à l'aspiration sont de deux types :

- plus le terme de la grossesse est avancé, plus il y a de risque d'obstruction de la canule par les tissus foeto-placentaires. Or, il est parfois difficile de déterminer le terme exact de la grossesse (malgré l'emploi du cardiophone foetal à ultrasons, et de l'échotomographie).

- la source de dépression peut être en défaut (panne électrique, panne mécanique, ou en erreur de montage avec risque d'embolie gazeuse (94).

Au total, si toutes les complications traditionnelles de l'évacuation du contenu utérin (choc, perforation, hémorragie, rétention, infection, béances cervico-isthmiques secondaires) subsistent, c'est avec une fréquence nettement réduite.

Après l'intervention, la femme est ramenée dans sa chambre pour se reposer quelques heures. Sa tension artérielle, et l'abondance de ses pertes sont contrôlées. S'il n'existe pas de problème particulier, la femme repart vert 15 heures, accompagnée. Il est assez difficile de garder les femmes jusqu'à cette heure, car la plupart se sentant bien, désireraient quitter l'établissement directement après l'intervention.

La sortie se fait avec une prescription d'antibiotiques, de méthylergométrine, selon les cas, d'un contraceptif oral.

La patiente est convoquée pour une visite de contrôle dix à quinze jours après. Selon le désir de l'intéressée, un compte rendu du séjour est adressé ou non au médecin traitant.

ETUDE STATISTIQUE

INTRODUCTION :

A - Le but de l'interprétation

B - Le choix des dossiers étudiés

C - Le choix des variables et la mise en code en vue de l'étude sur ordinateur.

I - EXPOSE DU MATERIEL D'ETUDE
(Etude statistique unidimensionnelle).

II - ETUDE STATISTIQUE BIDIMENSIONNELLE

III - ETUDE STATISTIQUE MULTIDIMENSIONNELLE

A - BUT DE L'INTERPRETATION

Le nombre sans cesse croissant de demandes d'interruption volontaire de grossesse pour "situation de détresse" selon la loi, nous a amenés à faire le point sur la situation familiale, sociale, économique et médicale des femmes candidates à l'interruption de grossesse. Il permettra également d'analyser les raisons de l'échec de la contraception. A cet effet, nous avons pratiqué une étude statistique sur cinq cents dossiers en série continue à la Maternité de Dijon, en pensant que cet échantillon était représentatif de notre région sanitaire.

Pour la région de Bourgogne, le nombre des grossesses légalement interrompues jusqu'au 15 septembre 1975 a été recensé par la Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale.

Le tableau suivant donne la situation au 15 septembre 1975 pour ce qui est de la répartition des équipes pratiquant les interruptions de grossesse, ainsi que le nombre d'interruptions effectuées.

	Nombre d' établissements	Equipe médicale	Centre de plannification	Nbre depuis l'ouverture
Secteur public	6	oui	oui	856
Secteur privé	12	5	1	219
			TOTAL	1.075

Soit un rythme mensuel de 241 entre la parution de la loi et le 15 septembre 1975.

Le tableau n° 1 détaille la situation par établissement.

SECTEUR PRIVE

SECTEUR PUBLIC

Département	Etablissement	Equipe Médicale	Equipe planning	Nombre depuis la loi	du 1/8 au 31/8	du 1/9 au 30/9	Rythme mensuel
NIEVRE	Clinique Soulier	1	oui	53			5
SAONE ET LOIRE	Le Creusot (Hôtel Dieu)	1	oui	166			36
			TOTAL	219			41
COTE D'OR	CHR Dijon	oui	Centre agréé	304	83	58	60
	CH Semur			180	60	12	20
	Beaune			0	0	0	0
	Chatillon)						
	Montbard)			0	0	0	0
	Saulieu)						
			TOTAL	484	143	70	1/20
NIEVRE	Nevers			74		15	
	Cosne			41		10	
	Decize			12		2	
	Clamecy			15		3	
			TOTAL	142		30	
YONNE	Auxerre			260			
	Sens			65			
			TOTAL	325			
SAONE et LOIRE	Autun			5			
	Montceau Châlon						
	Paray le Monial			42			
	Macon						
			TOTAL	47			

Pour notre étude, nous nous sommes intéressés aux dossiers de la Clinique Obstétricale et Gynécologique du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon (Professeur J. JAHIER).

La première intervention a eu lieu le 2 mai 1975.
Nous résumons dans le tableau suivant la situation de mai 1975 à février 1976.

		de mai 1975 à octobre 1975	de novembre 1975 à février 1976	TOTAL
Femmes Postulantes	TOTAL	656	542	1.193
	Rythme mensuel	109,3	133,4	119,8
Interruptions faites	TOTAL	441	492	933
	Rythme mensuel	73,5	123	99,3

Remarques : Le rythme mensuel va en augmentant puisqu'il est passé de 109,3 à 133,5.

- 265 femmes ne sont pas venues le jour de l'intervention soit 22,12 %.
  Leur désistement est dû soit à la réflexion, soit à une fausse couche spontanée avant la date de l'intervention.

B - CHOIX DES DOSSIERS ETUDIES

Pour chaque femme nous disposions de deux dossiers parallèles :

- un dossier social établi lors de l'entretien permettant d'étudier l'aspect familial et socio-économique, ainsi que la contraception de la femme,

- un dossier médical très complet, sur les antécédents de l'intéressée, les résultats du premier examen médical, le déroulement de l'intervention et la consultation de sortie.

Les dossiers et le protocole opératoire ayant été uniformisés à partir du mois de juin 1975, nous avons décidé de commencer notre série par la fiche sociale n° 101, intervention le 11 juin 1975. Nous avons étudié 500 dossiers consécutifs du n° 101 au n° 600 pour les fiches sociales qui correspondent à la période du 11 juin au 24 octobre 1975.

C - CHOIX DES VARIABLES ET MISE EN CODE EN VUE DE L'ETUDE SUR ORDINATEUR

Les dossiers ont été codés sur carte afin d'être exploités par ordinateur. Nous avons pris volontairement le plus grand nombre de variables caractéristiques de chacune des femmes afin de perdre le moins d'informations possible.

Cette étude très large, a été faite grâce à la mise à notre disposition de techniques informatiques (étude par ordinateur en particulier)*.

L'étude unidimensionnelle nous permet d'étudier le pouvoir discriminant d'une seule variable vis-à-vis de certains groupes (par exemple groupe de femmes avec profession ou sans profession), ou de rechercher une liaison éventuelle entre deux variables.

Cette étude statistique a été largement complétée et précisée par l'étude multidimensionnelle que nous décrirons plus loin, permettant de considérer en même temps toutes les variables concernant une femme.

Nous avons retenu 38 critères, variables ou paramètres pour caractériser chaque femme.

* Département d'Informatique Médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon. Docteur L. DUSSERRE, Chef de Travaux (Ordinateur IRIS 45, de la Compagnie Internationale pour l'Informatique).

Pour chacun des paramètres, nous avons étudié une série de valeurs exclusives. Nous avons groupé nos paramètres en deux classes : paramètres familiaux et socio-économiques d'une part, médicaux et orthogéniques d'autre part. Au cours de l'exposé du matériel d'études, nous donnerons à la fois les diverses possibilités retenues pour chacun des paramètres, et le nombre de cas que celà concernait pour nos 500 dossiers. Nous nous permettrons également d'énumérer quelques remarques issues de ces premiers comptages simples. Ces remarques seront reprises, précisées et complétées par l'étude unidimensionnelle.

Chaque fois que cela était possible, nous avons utilisé les catégories données par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E. (VI) afin de pouvoir effecteur au cours de l'étude bidimensionnelle d'éventuelles comparaisons avec la population de Côte d'Or.

I - ETUDE STATISTIQUE UNIDIMENSIONNELLE

A - LES PARAMETRES SOCIO-FAMILIAUX au nombre de dix-sept, ont été classés et choisis de la manière suivante :

PARAMETRES FAMILIAUX

1 - Age de la femme
2 - Nationalité d'origine de la femme
3 - Département de résidence de la femme
4 - Son lieu d'habitation (zone rurale ou urbaine)
5 - Age du procréateur
6 - Situation de famille
7 - Parité
8 - Gestation
9 - Nombre d'enfants vivants
10 - Age du dernier enfant vivant
11 - Accompagnement à la première consultation
12 - Lettre du médecin traitant.

PARAMETRES SOCIAUX

1 - Catégorie socio-professionnelle de la femme
2 - Catégorie socio-professionnelle du procréateur
3 - Catégorie socio-professionnelle du chef de famille
4 - Catégorie socio-professionnelle du mari de la mère de famille
5 - Les motifs de la demande.

1 - Age de la femme

Il s'agit par convention, de l'âge atteint au cours de l'année 1975 (âge civil).

Age	Effectif	Pourcentage
17	27	5,4
18-19	50	10
20-24	133	26,6
25-29	119	23,8
30-34	68	13,6
35-39	61	12,2
40 et plus	42	8,4
TOTAL	500	100 %

L'âge moyen des femmes est de 27,4 ans,
l'écart type 7,6 ans.

Nous retenons - qu'il y a 8 lycéennes de 13 à 15 ans
19 jeunes filles de 16-17 ans
La plus jeune à 13 ans 1/2

- que la classe la plus nombreuse est la classe des 20 à 24 ans, d'effectif 133 (soit 26,6 %)
- qu'il y a 42 femmes de plus de 40 ans (8,4 %).

2 - Nationalité d'Origine de la femme

Elle est codée d'après le lieu de naissance et non d'après la nationalité actuelle. Elle groupe donc d'une part les françaises de naissance et d'autre part les étrangères et françaises par acquisition (personnes devenues françaises par naturalisation, mariage ou option).

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Française	445	89
Italienne	5	1
Espagnole	4	0,8
Portugaise	18	3,6
Arabe	13	2,6
Autre	15	3
TOTAL	500	100 %

3 - Département de résidence de la femme

Département	Effectif	Pourcentage
Côte d'Or	471	94,2
Saône et Loire	14	2,8
Autres	15	3
TOTAL	500	100 %

Parmi les départements autres que Côte d'Or et Saône et Loire, on note : 4 de l'Yonne, 3 du Jura, 2 de la Haute Marne, 1 de la Haute Saône, 1 de la Nièvre, 1 du Doubs, 1 de l'Eure, 1 de Haute Garonne, 1 de Nouvelle Calédonie.

4 - Son lieu d'habitation

Il a été réparti en deux catégories : zone rurale et agglomération urbaine. Cette dernière comprend les villes et leur banlieue (agglomération d'au moins 2.000 habitants (INSEE 1970).

Lieu	Effectif	Pourcentage
Agglomération urbaine	363	72,6
Zone rurale	137	21,4
TOTAL	500	100 %

5 - L'âge du procréateur

Il s'agit de l'âge atteint dans l'année 1975. Dans 98 cas, cette variable n'était pas connue.

Age	Effectif	Pourcentage
17	4	0,99
18-19	9	2,24
20-24	84	20,89
25-29	105	26,12
30-34	61	15,18
35-39	61	15,18
40 et plus	78	19,40
TOTAL	402	100 %

Parmi les pères dont nous connaissons l'âge, le plus jeune a 17 ans, et le plus âgé 52 ans.

L'âge moyen du père est 31,3 ans,
L'écart-type est 8,2 ans.

6 - Situation de famille

Nous avons classé les diverses situations de famille en huit catégories.

Situation de famille	Effectif	Pourcentage
Femme mariée	273	54,94
Femme séparée	17	3,42
Femme divorcée	20	4,02
Femme veuve	3	0,60
Concubinage	17	3,42
Célibataire vivant seule	91	18,31
Célibataire chez ses parents	29	5,83
Fiancée ou liaison suivie	47	9,46
TOTAL	497	100 %

Dans trois cas, la situation de famille était inconnue.

54,94 % des femmes sont mariées légalement,

42,16 % des femmes ne le sont pas.

Parmi ces femmes non mariées, 64 vivent avec le père ou pensent qu'elles le feront bientôt.

Il y a 153 femmes qui ont rompu toute relation avec le père, soit 30,7 % de femmes seules.

Le pourcentage de mères célibataires est de 24 % (effectif 120).

On remarque que le pourcentage de mères célibataires accouchant à la clinique gynécologique et obstétricale n'est que de 8 à 10 %, pourcentage sensiblement stable depuis plusieurs décennies, pratiquement non influencé ni par la contraception, ni par la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse.

7 - 8 - Parité - Gestation

La parité des femmes est leur nombre d'accouchements.

La gestation est leur nombre de grossesses, la présente grossesse étant comptée. Par exemple, une femme qui a déjà fait une fausse couche et qui vient pour une interruption de grossesse est nullipare, secondigeste.

Classe des parités	Effectif	Pourcentage
0	179	35,8
1	78	15,6
2	95	19
3	75	15
4 et plus	73	14,6
TOTAL	500	100 %

La parité moyenne est 1,7, l'écart-type 7,6.

Classe des gestations	Effectif	pourcentage
1	172	34,4
2	73	14,6
3	93	18,6
4 et plus	162	32,4
TOTAL	500	100 %

Le nombre moyen de gestations est 2,9, écart-type 2,1.

9 - Nombre d'enfants vivants

Nombre	Effectif	Pourcentage
0	180	36
1	82	16,4
2	96	19,2
3	74	14,8
4 et plus	68	13,6
TOTAL	500	100 %

Le nombre moyen d'enfants vivants est égal à 1,7 (écart type 1,8), mais il ne faut pas oublier qu'il y a 180 femmes qui n'ont aucun enfant vivant (36 %) et qui refusent la grossesse actuelle.

10 - Age du dernier enfant vivant (en mois)

Age	Effectif	Pourcentage
Pas d'enfant	180	36
Moins de 6 mois	8	1,6
6-7-8 mois	19	3,8
9 à 23 mois	58	11,6
2 à 6 ans	120	24
6 à 12 ans	90	18
plus de 12 ans	25	5
TOTAL	500	100 %

Chez ces femmes actuellement enceintes de 4 à 10 semaines, 5,4 % ont un enfant de moins de huit mois et 17 % ont un enfant de moins de deux ans.

23 % des femmes ont un dernier enfant de plus de six ans.

11 - Accompagnement à la première consultation

Lors de l'entretien social a été notée la présence d'une tierce personne accompagnant la femme qui demande l'interruption de grossesse

Accompagnant	Effectif	Pourcentage
Le conjoint	79	15,8
La mère	24	4,8
Les parents	8	1,6
Les enfants	1	0,2
Non accompagnée	386	77,2
TOTAL	500	100

- La femme s'est présentée seule dans 77,2 % des cas.
- Seuls 15,8 % des procréateurs se sentent concernés.

12 - La femme a été adressée à la Clinique Gynécologique et Obstétricale avec une lettre

- de son médecin traitant 146 fois (29,2 %)
- du planning familial 16 fois (3,2 %)
- du Centre de planification de Beaune 4 fois (0,8 %)

ou s'est présentée spontanément 334 fois (66,8 %).

LES PARAMETRES SOCIAUX

Pour apprécier la situation économique des femmes et des couples, nous avons créé quatre variables en reprenant la codification officielle de l'I.N.S.E.E. pour les catégories socio-professionnelles (5e édition I.N.S.E.E. 1969).

1 - Catégorie socio-professionnelle de la femme

2 - Catégorie socio-professionnelle du procréateur

3 - Catégorie socio-professionnelle du chef de famille (profession du conjoint si elle est connue, profession de la femme dans tous les autres cas)

4 - Catégorie socio-professionnelle du mari de la mère de famille..

L'ensemble de la population a été répartie en dix grandes catégories représentant chacune une certaine homogénéité sociale.

	1 - Femmes		2 - Procréateur		3. Chef de famille	4-Mari
	TOTAL	détail	TOTAL	détail	TOTAL	TOTAL
Agriculteur exploitant	9 1,8 %		21 5,3 %		21 4,2 %	6 37,5 %
Salariés agricoles	1 0,2 %		3 0,7 %		3 0,5 %	2 1,2 %
Patrons de l'indust. et du commerce Industriels Artisans Petits commerçants	13 2,6 %		36 9,1 %	1 18 17	40 8 %	18 11,2 %
Professions libérales et cadres supérieurs (Professeur, ingénieur, cadre sup. prof. libérale)	9 1,8 %		17 4,3 %		19 3,8 %	5 3,12 %
Cadres moyens (Instituteur, serv. médicaux et sociaux, technicien, cadres moyens)	45 9 %		30 7,5 %		44 8,8 %	12 7,5 %
Employés bureau commerce	98 19,6 %	64 38	57 14,4 %	23 34	87 17,4 %	15 9,3 %
Ouvriers Contremaitre Ouv. qual.privé Ouv. qual.publ. Ouv. Spec. Privé Ouv. Spec. publ. Apprentis ouv. Manoeuvres	84 16,8 %	0 3 2 75 3 5 0	177 44,8 %	5 68 17 69 3 4 11	199 39,8 %	85 53,1 %
Personnel de service Gens de maison Femmes de ménage	24 4,8 %		3 0,7 %		10 2 %	2 1,25 %
Autres catégories Artiste Clergé Armée, police	1 0,2		18 4,55 %		18 3,6 %	18 11,25%
Non actifs Etudiants Militaires cont. Autres	216 43,2 %	56 160	33 8,35 %	22 5 6	59 11,8 %	6 3,75 %
	500 100 %		395 100 %		500 100 %	160 100 %

5 - Motif de la demande

Il s'agit des motifs invoqués par la femme, auprès de l'Assistante Sociale. Le plus souvent, deux motifs différents sont notés pour chaque postulante. Nous les avons conservés dans l'ordre selon lequel ils sont transcrits sur le dossier.

Ces motifs sont classés en neuf catégories :

- l'âge de la femme : trop jeune ou trop âgée,
- la situation de famille : mère seule pour élever son enfant,
- la situation des jeunes mariés ne désirant pas d'enfant dans l'immédiat.
- la situation des femmes qui estiment leur nombre d'enfants suffisant (même si elles n'en ont aucun),
- la mésentente avec le conjoint,
- les problèmes financiers : insuffisance de ressources, investissement en cours ("maison en construction") imposant la rentrée prolongée du salaire de la femme,
- la profession : la poursuite d'un métier intéressant qui devrait être abandonné en cas de nouvel enfant,
- la grossesse rejetée par le milieu social :
  - . interruption demandée par les parents ou le mari,
  - . grossesse extra-conjugale.

M O T I F	N° 1	N° 2	N° 1 + 2
	Effectif	Effectif	Effectif
Age	55	31	86
Seule	103	13	116
Jeune Mariée	5	2	7
Nombre d'enfants suffisant	124	58	182
Mésentente	31	21	52
Problèmes financiers	69	76	145
Profession	39	30	69
Etat de santé	32	31	63
Social	40	45	95
TOTAL	498	307	805

Deux femmes ont refusé de donner un motif, 193 femmes n'ont donné qu'un seul motif.

Il ne nous a pas été possible de décider d'un motif prépondérant sur l'autre, les motifs étant souvent très liés, et nous en citerons rapidement le détail.

- Au départ, nous pensions faire intervenir le motif "peu de revenus", mais très vite, au cours du dépouillement des dossiers, nous est apparu un nouveau motif qui est l'investissement à long terme ("la maison en construction").

Parmi les 145 cas de cette catégorie, 84 fois il s'agissait de peu de revenus et 61 fois, il s'agissait de "maisons en construction". Ce dernier motif concerne souvent les familles de deux enfants.

Dans ce cas, les traites de la maison ne pourraient plus être supportées par le seul salaire du père de famille, si la venue d'un deuxième ou troisième enfant obligeait la mère à cesser son travail. La notion de "nourrice à domicile" trop onéreuse intervenait aussi souvent dans ce cas. Enfin, il n'est pas rare que l'argument très léger de maison ou appartement non prévus pour un enfant"supplémentaire" soit avancé.

- Dans la catégorie des grossesses rejetées par le milieu social : par la mère, ou le mari, grossesse extra-conjugale ou grossesse illégitimes, on distingue :

. Les maris décédés ou gravement malades (sept au total) qui se répartissent de la façon suivante :

Trois maladies graves incurables : une sclérose en plaque
deux cancers
Une maladie psychiâtrique nécessitant l'hospitalisation
Deux maladies alcooliques
Un mari décédé accidentellement.

. Les maris, amis ou fiancés exigeant l'interruption de la grossesse : 36,

. Les parents exigeant l'interruption de grossesse : 19 (que la jeune fille soit mineure -10 cas- ou non -9 cas-)

. Les grossesses extra-conjugales : 12

. Les pères étrangers (avec souvent un problème de couleur) : 4.

De cette étude socio-familiale, nous retenons que parmi ces femmes sollicitant une interruption de grossesse :

- *50,4 pour cent sont âgées de 20 à 29 ans*
- *54,94 pour cent sont mariées*
- *36 pour cent n'ont aucun enfant vivant, qu'elles soient mariées ou non,*
  35,6 pour cent n'ont qu'un ou deux enfants vivants
- *77,2 pour cent sont venues seules à la première consultation et sont isolées pour résoudre leur problème*
- *66,8 pour cent se sont adressées directement au centre de planification et d'éducation familiale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, que ce soit par pudeur, pour que l'intervention reste secrète, ou parce que l'information de fonctionnement du centre est mieux diffusée, plus fructueuse, ou mieux acceptée que l'information sur la contraception.*

B - PARTIE ORTHOGENIQUE ET MEDICALE

Dans ce chapitre, nous allons étudier successivement :

- La contraception antérieure et ses échecs

  1 - Première catégorie de contraception
  2 - Deuxième catégorie de contraception
  3 - Précisions sur l'échec de la contraception orale.

- Les différents problèmes médicaux

  a) Les antécédents :

  1 - Antécédents médicaux
  2 - Motif éventuel d'avortement thérapeutique
  3 - Antécédents gynécologiques
  4 - Présence de métrorragies avant l'aspiration

  b) L'intervention :

  1 - Suite à la première consultation
  2 - Semaines d'aménorrhée déclarée
  3 - Mode d'anesthésie
  4 - Mode de dilatation
  5 - Appréciation de la douleur
  6 - Traitements particuliers
  7 - Résultats anatomo-pathologiques du produit d'aspiration
  8 - Suites pathologiques
  9 - Durée du séjour
  10 - Visite de contrôle

  c) Les bénéfices de l'intervention, la pathologie découverte

  1 - La contraception de sortie
  2 - Les résultats du bilan lipidique
  3 - Les résultats du frottis de dépistage
  4 - Résumé de la pathologie découverte.

LA CONTRACEPTION ANTERIEURE. SES ECHECS.

Nous avons étudié avec la plus grande précision possible le mode de contraception antérieure quand il existait, afin de savoir s'il s'agit d'un échec de la contraception, d'une ignorance ou d'une non utilisation de celle-ci.

Nous avons souvent enregistré l'association de deux méthodes de contraception. Nous avons classé ces méthodes en deux catégories afin de pouvoir prendre en compte dans l'étude par ordinateur, toutes les associations que nous avons rencontrées.

1 - Première catégorie de contraception
(volontiers associée à la seconde catégorie)

Méthode OGINO	70
Méthode des températures	7
Cap-Soluble (TA-RO)	1
Aucune méthode de cette catégorie	422
TOTAL	500

2 - Deuxième catégorie de contraception
(Méthodes associées à la première catégorie, mais jamais entre elles)

Retrait	105
Injections vaginales	6
Préservatifs masculins	17
Diaphragme	4
Stérilet	8
Stérilisation tubaire	1
Contraception orale	160
Aucune méthode de cette catégorie	199
	500

Pour les échecs des méthodes de contraception majeure, (stérilisation tubaire, stérilet, contraception orale) nous pouvons faire quelques remarques.

- Une stérilisation tubaire était prévue, mais n'avait pu être effectuée car la femme n'est revenue qu'enceinte.

- Dans la catégorie Stérilet, nous avions huit femmes qui se répartissent ainsi :

  . Deux femmes avaient un stérilet retiré récemment pour "infection"
  . Six femmes ont eu une grossesse, malgré un stérilet en place.

1 - Madame LE..., 23 ans (institutrice), mariée, deux enfants vivants, le dernier a cinq ans. Aménorrhée de sept semaines à la consultation, utérus gravide, fil en place : le stérilet est retiré entier à l'aspiration.

2 - Madame FA..., 27 ans (cadre moyen), mariée, deux enfants. Le stérilet a été posé en novembre 1972 à DAKAR. Fil en place, stérilet retiré intact à l'aspiration.

3 - Mademoiselle DU..., 23 ans (étudiante), nullipare. Ne supporte pas la contraception orale. Stérilet Gravigard mis en place en juin 1974. Fil en place. Stérilet vu à l'aspiration.

4 - Madame LA..., 37 ans (employée de bureau), deux enfants, le dernier a neuf ans et présente une trisomie 21. Antécédents de phlébite contre-indiquant la contraception orale. Stérilet mis en place depuis octobre 1973 (Gravigard) qui est retiré entier lors de l'aspiration.

5 - Madame SI..., 32 ans (employée de bureau), divorcée, sans enfant. Stérilet Gravigard posé en avril 1974. Ce dernier a été perdu en juin 1974. Un nouveau stérilet a été mis mis en place en juillet 1974. Il a été retrouvé à l'aspiration.

6 - Madame AU..., 37 ans (employée de bureau), mariée, trois enfants. Grossesse sur stérilet. A l'aspiration, suspicion de malformation utérine avec sillon médian. A l'examen anatomo-pathologique du produit d'aspiration : endométrite (caduque avec polynucléaires altérés et villosités oedématiées).

Trois fois sur six, la marque du stérilet est connue : il s'agit d'un Gravigard.

Trois fois sur quatre, la date de la mise en place est connue et inférieure à deux ans.

3 - Précisions sur l'échec de la contraception orale

Sur les 160 femmes qui déclarent avoir utilisé ou qui utilisent la contraception orale :

. 6 femmes prenaient "la pilule" de façon irrégulière par oubli ou négligence
. 2 femmes ne l'auraient pas arrêtée. Une de ces femmes prenait "RELOVIS", l'autre prenait un mois "RELOVIS", un mois "STEDIRIL".
. 66 femmes ont suspendu la contraception orale spontanément
. 18 fois le médecin traitant a ordonné une interruption momentanée, sans méthode contraceptive de relais

. 29 fois, la contraception orale a été interrompue pour mauvaise tolérance (excès de prise de poids ou nervosité)

. 18 fois, pour troubles circulatoires

. 1 fois pour hypertension artérielle

. 15 fois pour troubles digestifs et hépatiques

. 5 fois pour hémorragie.

En aucun cas, dans notre série, elle n'a dû être interrompue pour troubles du bilan lipidique.

Les méthodes de contraception seront revues plus en détail dans les chapitres suivant, en fonction de l'âge et du milieu social, au cours de l'analyse statistique bidimensionnelle.

LES DIFFERENTS PROBLEMES MEDICAUX

a - Les antécédents de la femme

ont été classés en trois catégories : antécédents médicaux, motif éventuel d'avortement thérapeutique, antécédents gynécologiques.

1 - Les antécédents médicaux : 398 femmes n'ont aucun antécédent pathologique grave (maladies infantiles et appendicectomie exclue). 102 femmes soit 20,4 % ont présenté des antécédents pathologiques seuls ou associés.

Pour chaque appareil nous distinguerons les antécédents majeurs et les antécédents mineurs :

- Cardio-vasculaires
  - Hypertension artérielle majeure minima supérieure à 12 : 2
    moyenne minima entre 9 et 12 : 6
  - Toxémie gravidique 8
  - Cardiopathie post rhumatisme articulaire aigu 1
  - Vaisseaux : troubles circulatoires simples 2
    varices 15
    paraphlébites 6
    Phlébites 3
    phlébite pelvienne 1
- Pulmonaires
  - Tuberculose pulmonaire récente (moins de 5 ans) 3
  - Tuberculose pulmonaire ancienne (plus de 5 ans) 5
  - Embolie pulmonaire 1
  - Asthme et eczéma 4
- Rénaux
  - R.A.A. avec atteinte rénale 1
  - Pyélonéphrite 1
  - Pyélonéphrite gravidique 2
  - Albuminurie orthostatique 2
  - Coliques néphrétiques 2
  - Malformation de l'arbre urinaire 1
    (1 rein, 1 ovaire, utérus bifide)
  - Incontinence urinaire 1
- Hépatiques
  - Hépatite virale 5
  - Hépatite amibienne 1
  - Coliques hépatiques 4
  - Cholécystectomies 3
    dont une datant de moins d'un mois.

- Endocrinologiques

. Obésité importante	3
. Diabète gras	1
. Prédiabète confirmé par épreuve d'hyperglycémie provoquée	6
. Troubles de la calcémie : crise de tétanie	1
coma hypocalcémique	1
. Hyperandrogénie	1
. Kyste mammaire	2

- Infectieux

. Paludisme	1
. Rhumatisme articulaire aigu ancien sans séquelle organique	8
Récent (moins de 5 ans)	2

- Antécédents chirurgicaux importants.

. Splénectomie pour purpura thrombopénique	1
. Péritonite appendiculaire	1

- rhumatologiques

. Une polyarthrite rhumatoïde	1

- Neuro-sensoriels

. Méningite	2
. Encéphalite	1
. Traumatisme crânien avec perte de connaissance	1
. Paralysie du membre supérieur	1
. Sciatique	1
. Epilepsie	1
. Surdité avec intervention prévue	1

- Psychiâtriques

. Actuellement hospitalisées dont une psychose	6
. Débilité mentale	3
. Dépression	8
. Autres troubles actuellement traités	8
. Autres troubles non traités actuellement	14
. Tentative de suicide ancienne	2

- Maladies familiales génétiques

. Muco-viscidose	1
. Maladie de Recklinghausen	1
. Antécédents de trisomie 21	3

- Risques de foetopathie

  . Vaccination rubéolique récente 1
  . Exploration radiographique pelvienne en début de grossesse 1

De cette longue énumération nous retenons 83 antécédents pathologiques graves dont 25 maladies psychiâtriques pouvant dans certains cas faire discuter l'avortement thérapeutique.

2 - Motifs médicaux de l'interruption de grossesse (il a été discuté 11 fois).

- Madame PRO... (obs. 253), 39 ans, trois enfants, le dernier âgé de 10 ans. Présente une polyarthrite rhumatoïde traitée par des sels d'or, nettement aggravée après chaque accouchement. En accord avec le rhumatologue qui la soigne, cette malade a bénéficié d'un avortement thérapeutique.

  L'interruption de grossesse par aspiration s'est bien passée. Il n'y a pas eu d'évolution de la polyarthrite rhumatoïde. Elle a toutefois consulté son médecin traitant quinze jours après l'intervention pour des métrorragies persistantes, qui ont rapidement cessé avec un traitement par Norluten.

On note d'autre part deux hypertensions artérielles graves avec minima supérieure à 12.

- Madame MA... (obs. 103), 27 ans, sans profession, quatrième geste, troisième pare, chez qui on découvre lors de la consultation médicale une hypertension à 17/12. Chez cette malade, un stérilet a été posé. Elle est adressée en consultation spécialisée et est en traitement depuis, après un bilan complet.

  Les résultats anatomo-pathologiques du produit d'aspiration montraient des lésions dégénératives du placenta.

- Madame FE... (obs. 128), 45 ans, neuvième geste n'ayant que trois enfants vivants. Long passé d'hypertension artérielle à 16/13 avec antécédents de néphropathie gravidique albuminurique, elle a accouché de cinq enfants mort-nés macérés, un prématuré de 1.200 g., un enfant à terme de 2.600 g. et un enfant de 3 kg.

  La malade est rentrée deux jours avant la date prévue pour l'intervention pour métrorragies, suivies d'une fausse couche spontanée. Les résultats anatomo-pathologiques du produit de curetage de la fausse couche montraient un placenta dégénéré avec grossesse arrêtée.

Quatre malades nous ont été adressées par des psychiâtres trois fois pour maladie psychiâtrique grave, une fois pour débilité, (Obs. 117, 298, 492, 583).

Une malade qui présentait des douleurs pelviennes a eu des radiographies de colonne lombaire et de bassin (Madame FI..., obs. 516).

- Madame FI... 31 ans, souffrait de douleurs lombo-sacrées. Son médecin lui fait passer des radiographies de colonne lombaire et de bassin. Un test de grossesse pratiqué huit jours après s'avère positif, et cette malade décide d'interrompre cette grossesse.

- Madame GE... (obs. 527) 29 ans, mariée, sans enfant, se fait vacciner contre la rubéole sans garantie de contraception prolongée, le 8 juillet. Dernières règles du 1er août. Ayant une peur immotivée d'une malformation elle préfère demander une interruption de grossesse.

- Madame OD... (obs. 456). Le mari de cette malade de 27 ans présente une maladie de Recklinhausen (polyfibromatose neuro-cutanée pigmentaire), qui est héréditaire dominante. Elle a trois enfants vivants, dont deux atteints de la maladie. Un de ces deux enfants est gravement atteint puisqu'il ne marche pas.

- Madame CO... (obs. 414), 38 ans, sixième geste, quatrième pare. Dans ses antécédents on retrouve une fausse couche, un enfant décédé à trois mois de mucoviscidose, un enfant de sept mois atteint de la maladie et qui est actuellement hospitalisé. En même temps que son interruption de grossesse, elle a demandé une ligature tubaire par coelioscopie.

3 - Les antécédents gynécologiques

399 femmes n'ont aucun antécédent gynécologique pathologique, soit 79,8 %.

- 14 femmes ont présenté des fausses couches sans curetage
- 25 femmes ont présenté des fausses couches avec curetage
- 16 femmes ont été césarisées au moins une fois
- 3 ont subi une intervention pour kyste de l'ovaire
- 4 ont présenté des infections (endométrite, annexite)
- 1 a été traitée lors d'une grossesse précédente par cerclage du col
- 4 ont eu des enfants mort-nés ou des grands prématurés
- 10 avouent une ou plusieurs fausses couches provoquées.

- 24 ont présenté des pathologies associées parmi lesquelles 12 avouent également une ou plusieurs fausses couches provoquées.

22 femmes ont présenté des antécédents de fausse couche provoquée, 44 fausses couches au total :

- 14 femmes, une seule fausse couche
- 4 femmes, 2 fausses couches
- 1 femme , 3 fausses couches (obs 406)
- 1 femme , 4 fausses couches (obs 392)
- 1 femme , 5 fausses couches (obs 303)
- 1 femme , 10 fausses couches (obs 522).

Il est classique d'admettre comme dans la littérature qu'il existe un terrain psychique particulier chez ces femmes, en raison du petit nombre nous n'avons pu le démontrer.

Afin d'évaluer le risque de l'intervention, nous avons recensé les utérus "fragilisés" définis comme suit :

- 1 césarienne
- ou 1 curetage
- ou 7 gestations.

91 femmes (18,2 %) présentaient de tels antécédents.

4 - Les métrorragies

Les pertes de sang présentées par les femmes soit lors de la première consultation, soit le jour de l'entrée ont été notées

- 428 femmes n'en présentaient pas,
- 20 en présentaient (4,67 %).

Cette étude des métrorragies comparée à d'autres paramètres dans le chapitre méthode bidimentionnelle, a pour but d'essayer d'établir un pronostic pour la suite de la grossesse de ces femmes, au décours des métrorragies.

b - L'INTERVENTION

1 - Suite à la première consultation

Dans notre série continue de 500 femmes ayant un dossier social et médical :

- 10 ont été refusées en raison d'un terme supérieur à 12 semaines d'aménorrhée,
- 9 n'étaient pas ou plus enceintes lors du test biologique de grossesse,
- 9 sont revenues dans le service avant la date prévue, pour fausse couche spontanée,

- 2 ont prévenu qu'elles gardaient leur grossesse,
- 25 ne se sont pas présentées le jour de l'intervention,
- 445 ont subi une interruption de grossesse.

En fait, 448 aspirations ont été pratiquées :
- une femme présentait un test de grossesse positif puis douteux, avec un utérus volumineux. L'aspiration est restée négative. Il s'agissait d'un volumineux fibrome.
- deux femmes s'ont arrivées en cours de fausse couche spontanée avant la date prévue pour l'intervention. Après aspiration, elles ont subi une stérilisation tubaire préalablement programmée.

2 - Les semaines d'aménorrhée déclarées

Elles ont été calculées d'après la date des dernières règles, déclarée par la femme.

Semaines	Effectif	Pourcentage
5	1	0,2
6	10	1
7	37	7,4
8	81	16,2
9	98	19,6
10	124	24,8
11	78	15,6
12	61	12,2
TOTAL	490	100 %

L'âge moyen des grossesses est donc de 10 semaines, l'écart type est de 6 semaines.

10 femmes présentaient des grossesses nettement supérieures à 12 semaines d'aménorrhée et ont été refusées.

3 - L'anesthésie

Le protocole habituel consiste en une analgésie : 2 centimères cube de Droperidol et une ampoule de Pentazocine intramusculaire, une demi heure avant l'intervention.

- 406 femmes ont bénéficié d'une telle analgésie,
- 42 femmes ont subi une anesthésie générale pour intervention complémentaire,
- 52 femmes ne sont pas venues,

soit 500 femmes au total.

4 - La dilatation

Mode de dilatation	Effectif	Pourcentage
Laminaires	183	36,6
Bougie	104	20,8
Laminaire + bougie	53	10,6
Aucune dilatation	101	20,2
Inconnue	7	1,4
Non venues	52	10,4
TOTAL	500	100 %

5 - La douleur

Cette information clinique n'est prise en considération que dans 262 dossiers, sur 406 aspirations sans anesthésie générale.

L'intervention a été

- très bien tolérée	35 cas	13,4 %
- douloureuse mais supportable	196 cas	74,8 %
- très violente, intolérable	31 cas	11,8 %
	262 cas	100 %

La douleur est surtout ressentie au moment de la dilatation par bougies, parfois au moment de l'aspiration.

En raison de la difficulté à s'approvisionner en laminaires au cours des premiers mois de la pratique des interruptions de grossesse, leur utilisation avait été réservée :

- aux grossesses supérieures à 7 semaines chez les nullipares ou les primipares,
- aux grossesses supérieures à 10 semaines chez toutes les femmes.

Actuellement, l'approvisionnement en lamainaires est régularisé et tous les cols fermés sont préalablement dilatés par pose de laminaires, selon le protocole établi dans notre service.

Enfin, le médecin lors de la consultation de contrôle, ou la sage-femme au départ de la malade, notent l'opinion de la femme sur son séjour. Sur 201 séjours interprétés :

- 139 séjours ont été très bien tolérés (69 %)
- 12 séjours été été supportables (5,9 %)
- 1 séjour a été intolérable (0,4 %)
- 49 séjours ont été angoissants (24 %).

A noter que 74,8 % des femmes trouvent l'intervention douloureuse mais supportable, alors que 69 % des femmes ont très bien toléré leur séjour.

49 fois le séjour a laissé un souvenir angoissant.

6 - Les traitements particuliers

- 378 femmes ont reçu un traitement antibiotique à large spectre,
- 7 ont été traités par des antibiotiques spécifiques
- 7 ont relevé d'un traitement anticoagulant en raison de leurs antécédents cliniques,
- 46 ont bénéficié d'un traitement préventif par immunoglobulines anti-D,
- 2 ont reçu des immunoglobulines anti-D et des antibiotiques,
- 1 a reçu des immunoglobulines anti-D, des antibiotiques, des anticoagulants,
- 6 ont reçu d'autres traitements (anti-inflammatoires etc.. d'indication précise et curative.

7 - Examen anatomo-pathologique du produit d'aspiration

Résultat	Effectif	Pourcentage
Placenta évolutif	411	95,6
Placenta dégénératif	14	3,3
Oeuf clair	1	0,2
Caduque seule	4	0,9
TOTAL	430	100 %
Inconnu	15	
Aspiration négative	14	
Pas d'aspiration	52	

Parmi les quatre résultats de caduque seule, on note

- une grossesse de six semaines,
- une perforation utérine (sur utérus fragilisé) (obs. 157)
- deux grossesses extra-utérines.

Parmi les quatorze résultats de placenta dégénératif,

- 8 femmes ne présentaient aucune particularité,
- 2 femmes étaient hypertendues (minima supérieure à 12),
- 1 femme était obèse,
- 1 femme présentait une endométrite avec salpingite,
- 1 femme présentait une endométrite,
- 1 femme présentait une grossesse sur stérilet avec endométrite.

8 - Les suites pathologiques

Complications immédiates ou précoces :

- Un arrêt cardiaque :
  Madame DUA... (obs 213). Aspiration sous anesthésie générale suivie d'une stérilisation tubaire par coelioscopie. Arrêt cardiaque au cours de cette dernière. Evolution favorable sous réanimation.

- Deux perforations certaines, suivies de laparotomie :
  Madame RAV... (Obs 157). Antécédents d'avortement provoqué à 4 mois de grossesse en 1973.
  Madame BOI... (obs 291). Rétroversion. Aspiration difficile. découverte d'une tumeur ovarienne (kyste dermoïde de l'ovaire).

- une suspicion de perforation :
  Madame PAG... (obs. 243). Antécédents de césarienne quatre mois auparavant. Impression de perforation à l'aspiration. Suites simples, sous surveillance chirurgicale.

- Une rétention de laminaire imposant une hystérotomie médiane (Madame LE... Obs. 171).

Complications secondaires

- Deux phlébites dont une suivie d'une embolie pulmonaire, complications tardives nécessitant une réhospitalisation.
- Trois cas de métrorragies importantes qui ont régressé sous ocytociques.
- Deux cas d'infection (une malade présentant de la fièvre uniquement, l'autre présentant une endométrite).

Les suites pathologiques lointaines seront précisées dans le chapitre "visite de contrôle".

9 - Durée de l'hospitalisation

Durée	Effectif	pourcentage
24 h.	395	88,2
2 à 3 jours	16	3,6
4 à 7 jours	23	5,1
plus de 8 jours	14	3,1
TOTAL	448	100 %

Les séjours supérieurs à vingt quatre heures correspondent aux stérilisations tubaires par coelioscopie ou laparotomie et aux complications précédemment citées.

10 - La visite de contrôle

Actuellement, toutes les femmes sont convoquées pour une visite de contrôle à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de Dijon, ou chez le médecin traitant.

Seules 169 visites de contrôle ont été effectuées dans notre service :

- 139 visites étaient normales
- 17 étaient pathologiques.

Cette pathologie est de deux ordres :

- Suites pathologiques en rapport probable avec l'intervention :
  . 8 femmes présentaient toujours des métrorragies,
  . 4 femmes présentaient des infections : 2 infections urinaires à colibacille, 1 salpingite avec endométrite, 1 endométrite.

- Pathologie non liée à l'interruption de grossesse, mais découverte au cours de cette visite :
  . 1 bilan lipidique très perturbé
  . 2 leucoplasies du col qui ont été biopsiées
  . 2 fibromes.

- Enfin, cette nouvelle entrevue avec les femmes concernées par une récente "situation de détresse" a permis de poser à nouveau le problème de l'acceptation de la contraception : cinq réticences (soit 1,1 %) étaient enregistrées :
  . 2 femmes n'ont jamais pris la contraception choisie
  . 3 l'ont arrêtée : 1 pour troubles hépatiques, l'autre pour métrorragies, et la troisième pour rapide excès de prise de poids (4 kg en une semaine).

C - LE BILAN DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

1 - LA CONTRACEPTION DE SORTIE

Sur 448 femmes ayant bénéficié d'une interruption volontaire de grossesse, 435 ont quitté la maternité après information personnalisée, avec une prescription de contraception. Les 13 exceptions à cette prescription ont bénéficié d'une information, mais elles avaient été de fait, victimes de grossesse "accidentelle" après un rapport sexuel isolé.

Contraception	Effectif	Pourcentage
Pilule	331	76,1
Minipilule	28	6,4
Stérilisation tubaire par ceolioscopie	31	7,1
Stérilisation tubaire par laparotomie	7	1,6
Stérilisation tubaire différée + préserva-tif	5	1,1
Stérilet dans 2 mois + pilule	26	6
Stérilet dans 2 mois + préservatif	6	1,4
Diaphragme	1	0,2
TOTAL	435	100 %

La "minipilule", faiblement dosée (30 gammas d'éthinyl-oestradiol) est réservée aux femmes présentant une contre indication, légère ou passagère, à la contraception orale ordinaire.

2 - LE BILAN LIPIDIQUE

337 bilans lipidiques ont été prescrits à la suite de la première consultation, lorsque la femme a choisi la contraception orale.

- 302 étaient normaux (89,6 %)
- 35 étaient pathologiques (10,4 %).

Ont été considérés comme bilans normaux, les résultats suivants :

. lipides totaux de 5 à 8 grammes
. cholestérol de 1,5 à 2,50 grammes
. Triglycérides de 0,70 à 1,70 grammes.

L'augmentation des triglycérides est la plus fréquente (30 cas). Dans aucun des cas il n'y a de sérum lactescent.

. 22 fois les triglycérides sont compris entre 1,70 g et 2 grammes
. 4 fois, ils sont compris entre 2 g. et 2 g 30
. 4 fois, ils sont supérieurs à 2 g 3o (2,39 - 2,47 - 2,72 - 2,90).

Nous n'avons jamais observé d'augmentation du cholestérol et des lipides totaux associée.

Une seule fois l'épreuve d'hyperglycémie provoquée était plate, difficile à interpréter.

Enfin, nous avons dépisté :
. 4 hypercholestérolémies mineures inférieures ou égales à 2,80 g.
. 1 hyperlipidémie à 8 g 26.

3 - LES FROTTIS DE DEPISTAGE

Ils ont été pratiqués au cours de la première consultation.

Résultat	Effectif	Pourcentage
Normal	159	39,4
Inflammatoire	242	60
Dysplasique	1	0,3
Douteux	1	0,3
TOTAL	403	100 %
Non interprétable	2	
Inconnu	17	
Non pratiqué	78	

La malade dont le frottis était douteux, ainsi que celle dont le frottis était dysplasique ont été reconvoquées en consultation.

4 - PATHOLOGIE DECOUVERTE

En résumé, une pathologie polymorphe a été découverte au cours des différents examens pratiqués, et les patientes orientées vers les différents secteurs de spécialités :

- deux hypertensions artérielles avec une minima supérieure à 12
- une hypertriglycéridémie à 2,70 avec hyperglycémie provoquée pathologique,
  trois hypertriglycéridémies et une hyperlipémie
- une dysphonie adressée en consultation O.R.L.
- deux malades psychiâtriques non suivies préalablement.

Du point de vue gynécologique, dix neuf femmes ont été découvertes atteintes d'affection concomitante de leur grossesse ou de grossesse pathologique :

- deux grossesses extra-utérines,
- une tumeur de l'ovaire
- cinq fibromes
- six cas de leucoplasie du col, avec biopsie
- quatre polypes endo-utérins
- un frottis douteux, un frottis dysplasique.

De cette étude orthogénique et médicale, nous retenons que parmi les femmes qui demandent une interruption de grossesse :

- *66,4 pour cent n'employaient aucune contraception ou une contraception mineure (retrait, préservatif, etc...)*

- *33,6 pour cent employaient mal ou avaient déjà employé une contraception majeure (stérilet, contraception orale). D'autre part, nous avons observé le cas de grossesse sur stérilet.*

Elles ont peu d'antécédents généraux majeurs (15,7 pour cent) dont 37,8 % de maladies psychiâtriques, et l'avortement thérapeutique n'a été discuté que onze fois (2,2 pour cent). Elles présentent également peu d'antécédents gynécologiques et en particulier de fausses couches (4,4 %).

Les suites pathologiques importantes mettant en jeu la vie de la femme peuvent se chiffrer à 1 pour cent (1 arrêt cardiaque, 2 perforations, 1 rétention de laminaire, 1 embolie pulmonaire).

Une pathologie générale ou gynécologique indépendante de l'avortement a été dépistée dans onze cas (2,2 pour cent), et les patientes ont pu être orientées vers des secteurs spécialisés.

II - STATISTIQUE BIDIMENSIONNELLE

1 - Méthodologie des statistiques bidimensionnelles

2 - Résultats

3 - Conclusion.

1 - METHODOLOGIE DES STATISTIQUES BIDIMENSIONNELLES

Cette étude a été divisée en quatre chapitres : familial, socio-économique, orthogénique et médical.

Nous avons cherché la répartition des femmes suivant deux critères, soit en les considérant toutes, soit en ne considérant qu'un groupe particulier (femmes sans profession par exemple). Chaque fois que cela a été possible, nous avons comparé la répartition de notre échantillon de femmes aux femmes de la Côte d'Or (Recensement général de la population de Côte d'Or, 1968 - INSEE). A défaut de document plus récent, nous admettrons que cette population témoin chiffrée en 1968 reste sensiblement valable pour 1975. Ici nous avons été amenés à utiliser les tests statistiques suivants :

- le test de $\chi 2$, qui est un test de liaison éventuelle entre deux caractères, répartis l'un suivant K classes et l'autre suivant L classes : le calcul du $\chi 2$ mesure l'écart des effectifs observés dans chacun des cas (définis par deux répartitions) aux effectifs calculés si les répartitions étaient homogènes. La valeur ainsi trouvée est comparée à la valeur du $\chi 2$ lue dans la table pour (K-1)(L-1) degrés de liberté. Cette valeur selon la table correspond à un certain risque alpha.

Si alpha est inférieur ou égal à 0,05, on dit que la liaison est significative et la valeur de alpha exprime le risque de première espèce. Lorsque les effectifs calculés sont petits (entre deux et cinq) pour un degré de liberté égal à un, on a le droit de pratiquer la correction de Yates ; si celle-ci devient impossible en raison d'effectifs calculés trop faibles (inférieur à deux) on ne peut calculer le $\chi 2$.

- La comparaison de pourcentages

Pour comparer des pourcentages d'apparition d'un caractère entre les groupes A et B; nous calculons l'écart réduit

$$\epsilon = \frac{P_A - P_B}{\sqrt{\frac{Pq}{na} + \frac{P}{nb}}}$$

P_A = pourcentage d'individus ayant le caractère étudié, pour le groupe d'effectif n_A

P_B = pourcentage d'individus ayant le caractère étudié pour le groupe d'effectif n_B

P = pourcentage d'individus ayant le caractère étudié pour l'ensemble des deux groupes

q = pourcentage d'individus n'ayant pas le caractère étudié pour l'ensemble des deux groupes.

Si la valeur de ϵ est inférieure à 1,96 on dit que la différence entre les deux groupes pour ce caractère n'est pas significative.

Si la valeur de ϵ est supérieure ou égale à 1,96, alors la différence entre les deux groupes pour ce caractère est significative et le risque correspondant à α , lu dans la table de l'écart réduit, fixe le degré de signification.

2 - LES RESULTATS

A - ASPECT FAMILIAL

a) Comparaison de la répartition de l'âge des femmes ayant demandé une interruption de grossesse avec celles de la population de la Côte d'Or.

Age / Effectif	15-19 ans	20-24	25-29	30-34	35-39	40-50	TOTAL
I.V.G.	77	133	119	68	61	42	500
Population totale	18.036	16.056	11.512	12.124	12.772	25.410	95.975

χ^2 = 151,96 pour un nombre de degrés de liberté égal à 5.

Il existe donc une différence significative avec α inférieur à 1 °/₀₀, entre l'âge des femmes ayant demandé une interruption volontaire de grossesse et l'âge des femmes de Côte d'Or (INSEE 1968).

Il y a plus de femmes dans les tranches d'âge 20-24 ans et 25-29 ans dans notre série. (Cette période peut être la période de fertilité maximale pour les femmes, et correspond probablement au maximum de fréquence de mariages).

b) Provenance rurale ou d'agglomération urbaine des femmes de notre série par rapport à celles de Côte d'or prises dans la même tranche d'âge (15-50 ans).

Provenance / Effectif	rurale	urbaine	Total
I.V.G.	137	363	500
Population de Côte d'Or	59.868	163.608	223.475

La différence de répartition de nos femmes entre la zone rurale et la zone urbaine n'est pas significative : $\chi 2 = 0,10$.

"Les femmes demandant l'interruption de grossesse viennent aussi bien de la ville que de la zone rurale".

c) La nationalité d'origine de nos femmes n'a pu être comparée qu'à une population totale de Côte d'Or exprimée en pourcentage.

Provenance / Effectif	Français	Etrangers	Effectif total
I.V.G.	89 %	11 %	500
% de population totale	94 %	5,2 %	

La comparaison de pourcentages donne $\epsilon = 5,84$ ce qui montre que nous avons significativement plus d'étrangères parmi les femmes demandant une interruption de grossesse que dans la population de Côte d'Or (ceci avec un risque α inférieur à 10^{-8}.)

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a plus d'étrangers dans les classes jeunes que dans les classes âgées.

d) Comparaison entre l'âge des femmes et le nombre d'enfants vivants

Parmi les femmes demandant une interruption de grossesse

- 81 % des femmes sans enfant ont moins de 24 ans
- 73 % des femmes avec un enfant ont entre 20 et 23 ans
- 60,3 % des femmes avec deux enfants ont entre 25 et 34 ans
- 72,8 % des femmes avec trois enfants et plus ont plus de 30 ans.

Age / Nb enfants	≤ 17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 et plus	TOTAL
0	26 14 %	45 25 %	77 42 %	22 12 %	7 4 %	2 1 %	1 0,5 %	180 100 %
1	1 1,2%	4 4,8 %	32 39 %	28 34 %	11 13,4 %	4 1,2 %	2 0,6 %	82 100 %
2	0	1 1 %	15 15,6 %	39 40,6 %	19 19,9 %	17 17,7 %	5 5,2 %	96 100 %
3 et plus	0	0	9 6,3 %	30 21,2 %	31 21,8 %	38 26,7 %	34 24 %	142 100 %
TOTAL	27	50	133	119	68	61	42	500

Cette répartition de la parité en fonction de l'âge de la femme n'apporte pas d'élément nouveau sujet à conclusion.

e) Situation de famille en fonction du nombre d'enfants vivants de la femme demandant une interruption de grossesse.

54 femmes non mariées ont déjà un ou plusieurs enfants vivants (soit 10,8 % du nombre total de femmes).

Par contre, dix couples mariés et 47 fiancés sans enfant refusent la présente grossesse (11,46 % du nombre total).
(tableau page suivante).

f) Situation de famille en fonction de l'âge (en mois) du dernier enfant vivant

180 femmes n'ont aucun enfant vivant.

3 situations de famille sont inconnues : pour deux de ces femmes, le dernier enfant a entre 9 et 23 mois, pour une de ces femmes le dernier enfant a 10 ans.
(tableau page suivante).

152 femmes mariées ont un dernier enfant âgé de deux à dix ans et refusent cette nouvelle grossesse.

Situation / enfant vivant	Mariée	Séparée	Divorcée	Veuve	Concubine	Célibataire seule	Chez ses parents	fiancée	TOTAL
0	10	3	2	0	12	79	27	47	180
un et plus	263	14	18	3	5	12	2	0	317

Situation de famille en fonction du nombre d'enfants vivants.

Situation / Age en mois	Mariée	Séparée	Divorcée	Veuve	Concubine	Célibataire Seule	Chez ses parents	Fiancée	TOTAL
6	8	0	0	0	0	0	0	0	8
7 - 8 - 9	17	0	0	0	2	0	0	0	19
9 - 23	47	2	2	0	1	3	1	0	156
24 - 119	152	12	11	2	2	7	1	0	187
120 et plus	39	0	5	1	0	2	0	0	47

Situation de famille en fonction de l'âge (en mois) du dernier enfant vivant.

g) Tableau comparatif des motifs de demande d'interruption de grossesse, donnés par la femme.

307 femmes ont donné deux motifs à leur refus de maternité, et ce tableau montre l'association des deux motifs.

Motif 1 / Motif 2	Age	Seule	Jeune mariée	Nombre enfants suffisant	Mésentente conjugale	Peu de revenus construct.	Profession	Grossesse mal supportée		TOTAL
								médical	social	
Age	0	8	0	11	1	5	3	0	3	31
Seule	4	0	0	1	0	1	3	0	4	13
Jeune mariée	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Nb enfants suffisant	9	7	0	0	5	18	10	5	4	58
Mésentente conjugale	3	9	0	3	0	4	1	1	0	21
Peu de revenus Maison en const.	6	15	1	28	6	0	11	3	6	76
Profession	5	4	0	10	2	6	0	3	0	30
Gr. mal supportée : médical	5	2	0	17	1	4	0	1	1	31
Social	8	14	2	5	2	7	1	1	5	45
TOTAL	40	40	3	75	17	45	30	14	23	307

- 46 fois ont été associés les deux motifs suivants : insuffisance de revenus associée à un investissement économique à long terme (maison en construction) d'une part, et nombre d'enfants "suffisant" d'autre part.

- 1 fois, le motif médical était double et tel, que la malade a bénéficié d'un avortement thérapeutique (pour polyarthrite rhumatismale).

- 5 fois, la grossesse était illégitime et extra-conjugale.

Les associations les plus fréquentes sont ensuite :
- Nombre d'enfants suffisant avec profession à conserver (20 fois)
- Nombre d'enfants suffisant pour l'âge de la mère (20 fois).

h) Motif de la demande en fonction de l'âge de la femme

Pour la suite de l'étude sur les motifs de demande d'interruption de grossesse nous avons utilisé la somme des deux motifs, soit 805 motifs donnés.

Motif \ Age	⩽ 17	18-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40 et plus	TOTAL
Age	21	15	3	0	0	19	28	86
Seule	5	24	46	23	9	4	5	116
Jeune mariée	0	4	3	0	0	0	0	7
Nb enfants suffisant	0	2	33	60	36	32	19	182
Mésentente conjugale	3	4	18	16	4	3	4	52
Peu de revenus Maison Const.	6	12	47	36	22	15	7	145
Profession	0	10	22	14	13	8	2	69
Gros. mal supportée : médical	0	1	9	18	16	15	4	63
Social	9	10	23	21	8	8	6	85
TOTAL	44	82	204	188	108	104	75	805

Les femmes "trop jeunes" se répartissent de la façon suivante :

- 21 ont moins de 18 ans, 15 de 18 à 19 ans, 3 de 20 à 24 ans.

Les femmes "trop âgées" se répartissent de la façon suivante :

- 28 ont plus de 39 ans, 19 ont entre 35 et 39 ans.

j) Motif de la demande en fonction du nombre d'enfants vivants

Motif 1 + 2 \ Nb enfants vivants	0	1	2	3	4 et plus	TOTAL
Age	39	3	12	12	20	86
Seule	86	17	5	4	4	116
Jeune mariée	7	0	0	0	0	7
Nb d'enfants suffisant	14 7,7 %	24 13,2 %	52 28,6 %	41 22,5 %	51 28 %	182 100 %
Mésentente conjugale	17	17	8	3	7	52
Peu de revenus. Maison en construc.	41	31	30	22	21	145
Profession	23	13	17	15	1	69
Gros. mal supportée Médical	6	10	20	20	7	63
Social	47	14	11	11	2	85
TOTAL	280	129	155	128	113	805

7,7 % des femmes ne veulent aucun enfant

13,2 % des femmes qui ont suffisamment d'enfants n'en ont qu'un

28,6 % des femmes qui ont suffisamment d'enfants n'en ont que deux

22,5 % des femmes qui ont suffisamment d'enfants n'en ont que trois.

28 % des femmes qui ont suffisamment d'enfants en ont quatre ou plus.

B - ASPECT SOCIO-ECONOMIQUE

a) La proportion de femmes actives de notre série a été comparée à la population féminine active de Côte d'Or (entre 15 et 50 ans).

	I.V.G.	Femmes de Côte d'Or	TOTAL
Active	284	43.320	43.604
Non active	216	52.800	53.016
	500	96.120	96.620

$\chi 2 = 27,64$ pour un nombre de degrés de liberté égal à un.

La différence est donc très significative (α inférieur à 10^{-3}). Il y a une proportion plus grande de femmes actives dans notre série.

"Les femmes demandant une interruption de grossesse ont plus souvent une activité professionnelle".

Nous avons ensuite comparé les catégories socio-professionnelles de nos femmes actives avec les catégories socio-professionnelles des femmes de Côte d'Or pour la même tranche d'âge.

b) Tableau comparatif des catégories socio-professionnelles de nos femmes et de celles de Côte d'Or

	Côte d'Or	Effectif théorique pour 500	I.V.G.	Sens de la variation
Agriculteur exploitant	6.884	28	9	—
Salarié agricole	436	1,7	1	—
Patron du commerce et de l'industrie	5.344	21,7	13	+
Profession libérale Cadre supérieur	1.664	6,8	9	+
Cadre moyen	7.452	30,4	45	+
Employée	16.332	66,7	98	+
Ouvrière	12.592	51,5	84	+
Personnel de service	7.240	29,5	24	—
Armée - police	700	2,8	1	—
Non active	63.948	260,6	216	—
TOTAL	122.592	500	500	

La différence est significative car $\chi 2 = 69,74$ pour un nombre de degré de liberté égal à 9 (avec α inférieur à 1 ‰).

Nous voyons d'après ce tableau, que parmi nos femmes

- il y a beaucoup moins de professions agricoles,
- moins de patrons de l'industrie, de personnel de service, d'armée-police
- Il y a plus de professions libérales, de cadres moyens et d'enseignants, d'employés, d'ouvriers.

c) Profession de la femme demandant l'interruption de grossesse en fonction de son âge

Age	Femmes actives	Sans profession Etudiante	TOTAL
⩽ 17 ans	8 (29,6 %)	19 (8,8 %)	27
18-19 ans	27 (54 %)	23 (10,6 %)	50
20-24 ans	91 (68,4 %)	42 (19,4 %)	133
25-29 ans	69 (57,9 %)	50 (23,1 %)	119
30-34 ans	42 (62 %)	26 (12 %)	68
35-39 ans	32 (52,4 %)	29 (13,4 %)	61
40 et plus	15 (35,7 %)	27 (12,5 %)	42
TOTAL	284 (100 %)	216 (100 %)	500

Nous remarquons qu'il y a :

- 29,6 % des femmes de moins de 17 ans qui travaillent
- 35,7 % des femmes de plus de 40 ans qui travaillent
- 68,42 % des femmes entre 20 et 24 ans qui travaillent.

Les étudiantes ont été comptées parmi les non actives.

- Il y en a 15 de moins de 18 ans
  20 de moins de 20 ans
  16 de 20 à 24 ans.

d) Tableau de l'activité de la mère en fonction du nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Salariées	Non salariées	TOTAL
0	121 (67,2 %)	59 (32,7 %)	180 (100 %)
1	65 (79,3 %)	17 (20,7 %)	82 (100 %)
2	45 (46,9 %)	51 (53,1 %)	96 (100 %)
3 et plus	53 (37,3 %)	89 (62,7 %)	142 (100 %)

Les étudiantes ont été comptées parmi les femmes non salariées. Il y a 51 étudiantes sans enfant.

Les femmes qui ont trois enfants et plus sont le plus souvent non salariées (61,7 %)

67,2 % des femmes qui n'ont pas d'enfant vivant et
79,3 % des femmes qui ont un enfant vivant sont salariées

e) Répartition par rapport à l'âge, de la profession des mères qui n'ont pas d'enfant

	19 ans	20-24 ans	25 et plus	TOTAL
Agriculteur Salarié agricole	0	0	0	0
Patron	0	0	1	1
Profession libérale	0	2	2	4
Cadre moyen	0	10	7	17
Employé	16	20	13	49
Ouvrier	14	20	7	41
Personnel de service	3	5	1	9
Armée - police	0	0	0	0
Etudiante	35	16	0	51
Sans profession	3	4	1	8
TOTAL	71	77	32	180

Ce tableau n'apporte pas de renseignement nouveau, sujet à commentaires.

f) Tableau comparatif entre la profession du père et de la mère

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
0 Exploit. agricole	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
1 Ouvrier agricole	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2 Patron	0	0	7	0	1	2	1	0	0	0	11
3 Profession libérale	0	0	0	4	2	0	1	0	0	0	7
4 Cadre moyen	2	0	1	3	7	2	7	0	4	5	31
5 Employé	2	0	6	3	4	22	24	0	2	5	68
6 Ouvrier	0	1	2	1	1	11	41	0	2	3	61
7 Personnel de serv.	0	0	3	0	0	3	9	0	0	2	17
8 Armée - Police	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
9 Etudiante	2	0	1	1	3	2	9	0	2	13	35
9' Femme au foyer	6	2	18	5	12	15	85	2	7	3	155
Total	21	3	38	17	30	57	177	3	18	33	397

Pour la catégorie numéro 9 "femmes non salariées", nous avons distingué les étudiantes des non salariées, mères au foyer.

Il y a 103 professions du père qui sont inconnues.

On peut remarquer que les couples ont souvent des types de professions identiques (c'est sur la diagonale que l'on trouve les cases les plus pleines).

g) Catégorie socio-professionnelle du procréateur comparée aux catégories socio-professionnelles des hommes du même âge en Côte d'Or (I.N.S.E.E. 1968, tranche 15 à 50 ans).

	Effectif total Côte d'Or	Effectif théorique pour 397	I.V.G.	Sens de la variation
Agriculteur exploit.	12.724	40	21	–
Salarié agricole	5.028	15,81	3	–
Patron du commerce et de l'industrie	10.212	32,20	38	+
Profession libérale Cadre supérieur	6.540	20,6	17	–
Cadre moyen	10.216	32,1	30	–
Employé	10.924	34,5	57	+
Ouvrier	49.988	157,4	177	+
Personnel de service	1.492	4,7	3	–
Armée - Police	4.420	13,9	18	+
Non actif	13.928	33,8	33	–
TOTAL	125.472	397	397	

Ces répartitions diffèrent significativement (avec α inférieur à 1 ‰) car $\chi^2 = 42,38$ pour un nombre de degrés de liberté égal à 9.

Il y a moins de non actifs (militaires du contingent, étudiants, chomeurs) et moins d'agriculteurs dans notre population que dans la population de Côte d'Or.

Il y a un peu moins de professions libérales, cadres moyens et personnels de service que dans la population de Côte d'Or. Il y a plus de patrons de l'industrie et du commerce, d'armée et police, beaucoup plus d'employés et d'ouvriers que dans la population de Côte d'Or.

h) Profession du père en fonction du nombre d'enfants, lorsque la femme est sans profession.

	0	1	2	3	4 et plus	TOTAL
Agriculteur et Ouvrier agricole	1	0	2	1	4	
Patron industrie et commerce	0	0	6	5	7	
Profession lib. et cadres sup.	0	2	3	0	0	
Cadre moyen	0	3	2	2	5	
Employé	1	0	6	6	2	
Ouvrier	4	7	26	19	29	
Personnel de service	0	0	2	0	0	
Armée - police	0	0	2	3	2	
Sans profession	0	1	0	0	2	
TOTAL	6	13	49	36	51	155

Quatre femmes d'ouvrier et une femme d'employé qui n'ont pas d'enfant, demandent une interruption de grossesse.

i) Afin de mieux situer le milieu socio-économique de la source de refus de la grossesse, en fonction du nombre d'enfants vivants, nous avons récapitulé dans un tableau, la profession du chef de famille (profession du procréateur si elle est connue, profession de la femme dans tous les autres cas), en fonction du nombre d'enfants vivants

	0	1	2	3	4 et +	TOTAL
Agriculteur Ouvrier agricole	5	1	4	7	7	24
Patron industrie et du commerce	6	8	9	10	7	40
Prof. libérale Cadre supérieur	4	5	6	2	2	19
Cadre moyen	15	11	6	7	5	44
Employé	42	15	15	10	5	87
Ouvrier	53	33	46	32	35	199
Personnel de service	3	2	3	1	1	10
Armée - Police	2	4	6	4	2	18
Sans profession	50	3	1	1	4	59
TOTAL	180	82	96	74	68	500

On peut remarquer que 130 femmes sans enfant vivant, demandent une interruption volontaire de grossesse, bien qu'elles aient, soit elles-mêmes, soit leur conjoint, un métier rémunéré.

C - ASPECT ORTHOGENIQUE

a) Tableau de l'association des contraceptions antérieures

Contraception 1 / Contraception 2	Rien	OGINO	Température	TARO	TOTAL
Rien	160	35	4	0	199
Retrait	75	27	3	0	105
Injection vaginale	4	2	0	0	6
Préservatif	13	4	0	0	17
Diaphragme	4	0	0	0	4
Stérilet	8	0	0	0	8
Stérilisation tubaire	1	0	0	0	1
Pilule	157	2	0	1	160
TOTAL	422	70	7	1	500

Nous pouvons remarquer que 160 femmes n'emploient aucune contraception, et 160 femmes également prenaient la pilule peu de temps avant leur demande d'interruption de grossesse.

b) Age des femmes qui n'emploient aucune contraception

Age	Effectif n'employant pas de contraception	Effectif total
⩽ 17 ans	19 (70,37 %)	27 (100 %)
18-19 ans	31 (62 %)	50 (100 %)
20-24 ans	45 (33,83 %)	133 (100 %)
25-29 ans	21 (17,65 %)	119 (100 %)
30-34 ans	15 (22,05 %)	68 (100 %)
35-39 ans	17 (27,87 %)	61 (100 %)
40 ans et +	12 (28,57 %)	42 (100 %)
TOTAL	160 (32 %)	500 (100 %)

La contraception est la plus employée dans la classe 25 à 29 ans ; seules 17,65 % des femmes n'ont adopté aucune méthode contraceptive.

Elle est très peu utilisée avant 20 ans, plus de 60 % de jeunes femmes demandant une interruption de grossesse n'en employaient pas avant cette grossesse.

De 17 à 30 ans, le pourcentage de femmes n'employant aucune contraception baisse régulièrement pour remonter après 40 ans.

c) La méthode de contraception qui a échoué a été étudiée en fonction de l'âge

Contraception \ Age des femmes	≤17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 et plus	TOTAL
Retrait	5	10	18	12	6	12	12	75
Injection vaginale	0	0	1	1	0	1	1	4
Préservatif	1	0	2	3	3	0	4	13
Daphragme	0	0	0	1	1	0	2	4
Stérilet	0	0	2	3	1	2	0	8
Stérilisation tubaire	0	0	0	0	1	0	0	1
Pilule	1	4	51	53	28	12	8	157
Ogino seul	1	2	8	8	6	8	2	35
Ogino + retrait	0	2	2	10	5	7	1	27
Ogino + injection vaginale	0	0	0	1	0	1	0	2
Ogino + préservatif	0	0	2	0	1	1	0	4
Ogino + pilule	0	0	0	2	0	0	0	2
Température	0	0	1	2	1	0	0	4
Température + retrait	0	1	1	1	0	0	0	3
TA-RO cap	0	0	0	1	0	0	0	1
Rien	19	31	45	21	15	17	12	160
TOTAL	27	50	133	119	68	61	42	500

Nous remarquons que les méthodes archaïques (retrait, injection vaginale, ogino) restent en pratique autant chez les femmes jeunes que chez les femmes plus âgées.

d) Etude de la contraception antérieure en fonction de la gestation (la présente grossesse est comptée).

Contraception \ Gestation	1	2	3	4 et +	TOTAL
Retrait	25	9	18	22	75
Injection vaginale	0	1	1	2	4
Préservatif	2	2	3	6	13
Diaphragme	0	0	1	3	4
Stérilet	2	0	3	3	8
Stérilisation tubaire	0	0	0	1	1
Pilule	34	32	34	57	157
Ogino	11	4	11	9	35
Ogino + retrait	5	6	6	10	27
Ogino + injection vaginale	0	0	0	2	2
Ogino + préservatif	2	0	0	2	4
Ogino + pilule	1	1	0	0	2
Température	2	2	0	0	4
Température + retrait	2	0	1	0	3
TA-RO	0	1	0	0	1
RIEN	86 50 %	15 20,5 %	15 16,1 %	44 27,1 %	160 32 %
TOTAL	172 100 %	73 100 %	93 100 %	152 100 %	500 100 %

Avant la première gestation, une femme sur deux n'emploie aucune contraception.

C'est à la troisième gestation (donc en général deux enfants vivants) que la femme emploie le plus la contraception (17 femmes sur 20).

Après la quatrième gestation, une femme sur quatre n'emploie aucune contraception.

e) La contraception en fonction de la situation de famille

Contraception	Mariée	Séparée	Divorcée	Veuve	Concubinage	célibataire seule	célibataire chez ses parents	Fiancés	Total
Retrait	48	1	1	0	4	5	5	10	74
Injection vaginale	2	0	2	0	0	0	0	0	4
Préservatif	10	0	0	0	1	0	0	2	13
Diaphragme	4	0	0	0	0	0	0	0	4
Stérilet	5	0	1	0	2	0	0	0	8
Stéril. tubaire	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Pilule	97	7	7	1	6	28	2	8	156
Ogino	22	2	0	1	1	4	1	4	35
Ogino + retrait	18	0	1	1	0	2	1	3	26
Ogino + inj. vagin.	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Ogino + préservatif	1	1	0	0	0	2	0	0	4
Ogino + pilule	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Température	2	0	0	0	0	1	0	1	4
Temp. + retrait	1	0	0	0	0	1	0	1	3
Ta-Ro	0	1	0	0	0	0	0	0	1
RIEN	59 21,6 %	5 29 %	8 40 %	0	3 17,6 %	46 50 %	20 68,87 %	18 38,2 %	160
TOTAL	273 100 %	17 100 %	20 100 %	3 100 %	17 100 %	91 100 %	29 100 %	47 100 %	497

Si 21,6 % des femmes mariées n'emploient aucune contraception, le taux dépasse 50 % chez les célibataires. (Notons que dans notre étude, trois situations de famille ne sont pas précisées).

f) Contraception en fonction de la profession du chef de famille

	Agricult.	Patron	Cadre supé.	Cadre moyen	Employé	Ouvrier	Personnel de serv.	Armée Police	Non actif	TOTAL
Retrait	4	7	2	5	10	42	1	1	3	75
Injection Vaginale	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4
Préservatif	0	0	2	0	0	5	1	0	1	13
Diaphragme	0	1	1	0	1	1	0	0	0	4
Stérilet	0	0	0	0	3	3	0	1	1	8
Stéril. tubaire	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Pilule	7	16	7	15	28	61	3	7	13	157
Ogino	2	3	1	4	7	10	3	0	4	35
Ogino + retrait	2	2	0	2	6	9	0	4	2	27
Ogino + inj. vag.	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Ogino + perserv.	0	0	0	1	1	1	0	0	1	4
Ogino + pilule	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Température	o	0	0	2	1	1	0	0	0	4
Temp. + retrait	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3
TA-RO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
RIEN	8 33 %	7 17 %	5 26,3%	12 27,9%	28 32 %	63 32 %	1 10 %	3 16,6%	33 60 %	160 32 %
TOTAL	24 100 %	40 100 %	19 100 %	43 100 %	88 100 %	199 100 %	10 100 %	18 100 %	59 100 %	500 100 %

Remarque : 33 % des agriculteurs, 32 % des employés, 32 % des ouvriers, 60 % des non actifs n'emploient aucune méthode contraceptive.

g) Contraception adoptée après la première interruption de grossesse en fonction de l'âge de la femme

Cette contraception prescrite à la sortie de l'hôpital, a été choisie par la femme en accord avec le médecin. 435 femmes ont été l'objet d'une prescription de contraception, ou d'une stérilisation.

Dans ce tableau, nous étudions la contraception adoptée en fonction de l'âge.

Contraception \ Age	17 ans	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 et +	TOTAL
Pilule	18	42	109	78	41	29	14	331
Stéril. tubaire	0	0	0	0	1	3	19	38
Stéril. tubaire différée	0	0	0	0	0	1	4	5
Stérilet pilule en relais	1	1	4	7	6	3	4	26
Stérilet. Préserv. en relais	0	1	0	3	0	1	1	6
Diaphragme	0	0	1	0	0	0	0	1
Minidril	0	0	6	12	9	0	1	28
TOTAL	19	44	120	101	59	53	39	435

Sur 38 stérilisations tubaires immédiates, quatre ont été pratiquées chez des femmes, avant 35 ans, ayant chacune trois ou quatre enfants.

h) Contraception du post abortum en fonction du nombre d'enfants vivants

Dans ce tableau, il n'a pas été tenu compte des 52 femmes non venues et des 13 femmes sorties sans contraception.

Nbre d' enfants / Contra-ception	0	1	2	3	4 et +	TOTAL
Pilule	150	57	61	39	24	331
Stérilisation tubaire	0	1	3	9	25	38
Stérilisation tubaire différée	0	0	1	1	3	5
Stérilet, pilule en attente	1	7	7	7	4	26
Stérilet, préserv. en attente	3	0	0	2	1	6
Diaphragme	0	1	0	0	0	1
Minidril	7	4	6	8	3	28
TOTAL	161	70	78	76	60	435

Dans ce tableau, nous remarquons qu'une femme qui n'a qu'un enfant vivant demande et subitune stérilisation tubaire, mais elle a 38 ans et a déjà présenté quatre fausses couches provoquées.

La même intervention est accordée à des femmes ayant seulement deux enfants vivants, après refus de cette dernière grossesse, aux âges respectifs de 36, 39 et 40 ans.

D - ASPECT MEDICAL

a) Antécédents gynécologiques en fonction du nombre de gestations (La présente gestation est comptée).

Antécédents \ Gestation	1	2	3	4	5	6	7	8 et +	TOTAL
Aucun	168	54	76	52	23	10	7	9	399
Fausse couche spontanée sans curetage	0	3	2	3	3	2	1	0	14
Fausse couche curetée	0	2	5	6	4	4	2	2	25
Fausse couche provoquée	0	3	2	2	1	2	0	0	10
Césarienne	0	8	5	3	0	0	0	0	16
Autre intervention gynécologique	2	0	0	0	1	0	0	0	3
Infection	1	2	0	1	0	0	0	0	4
Cerclage	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Mort né, grand prématuré	0	0	1	2	1	0	0	0	4
Associé ou autre	1	1	2	3	4	3	0	10	24
TOTAL	172	73	93	73	37	21	10	21	500

Sur 500 demandes d'interruption volontaire de grossesse, 399 femmes quelle que soit leur parité (une à plus de huit) n'avaient aucun antécédent gynécologique pathologique.

b) Mode de dilatation en fonction de la parité

Parité \ Mode de dilatation	non venue	laminaire	bougie	laminaire + bougie	aucune dilat.	TOTAL
0	17	101	15	32	9	174
1	6	30	13	10	12	77
2	15	30	23	6	21	95
3	7	16	21	3	27	74
4	2	4	15	0	14	35
5	2	0	5	0	8	15
6	2	2	3	0	4	11
7 et plus	1	0	3	2	6	12
TOTAL	52	183	104	53	101	493

(Sept dilatations sont inconnues)

Ce tableau confirme les indications de pose de laminaire chez les nullipares (133) et les primipares (40).

c) Appréciation de la douleur en fonction du mode de dilatation

	Laminaires	Bougies	Laminaires + bougies	Aucune dilat.	TOTAL
Bien toléré	15	8	5	7	35
Douloureuse mais supportable	87	51	18	35	191
Douleur violente intolérable	15 (13 %)	5 (8%)	5 (18%)	6(13%)	31(12%)
TOTAL	117-100 %	64-100%	28 - 100%	48-100%	257 100 %
Anesthésie générale	0	13	4	21	38
Non venues				52	52

D'après ce tableau, nous remarquons que pour une femme sur dix, la douleur au moment de l'intervention est très violente, intolérable.

Après pose de laminaires, il y a un nombre égal (15) d'interventions bien tolérées et de cas de douleur intolérable. L'état du col d'une part, mais très sûrement le conditionnement psycho-affectif à l'interruption de grossesse d'autre part, peuvent conditionner ce symptôme typiquement subjectif.

d) Rapport entre les fausses couches spontanées et les grossesses arrêtées du point de vue anatomo-pathologique

Nous n'avons que neuf fausses couches spontanées sur 500 demandes d'interruption de grossesse, soit 1,8 %. Or, le taux d'avortement spontané habituellement donné dans la littérature est de 10 %, la plupart étant d'ailleurs très précoce, ce qui peut expliquer notre chiffre.

Nous avons trouvé quatorze grossesses arrêtées à l'examen anatomo-pathologique.

Nous avons voulu définir si ces grossesses arrêtées du point de vue anatomo-pathologique, l'était précocément ou tardivement.

placenta / Semaines d'aménorrhée	Evolutif	Dégénéré
≤ 9 semaines	182	8
> 9 semaines	229	6
TOTAL	411	14

Nous voyons qu'il n'y a pas de différence significative ($\chi 2$ = 0,90 pour un nombre de degré de liberté égal à 1) entre le nombre de placentas dégénérés dans le cas de grossesse précoce d'une part (9 semaines d'aménorrhées) et dans le cas de grossesses plus avancées d'autre part.

e) Le pronostic des métrorragies

Les femmes qui présentaient des métrorragies lors de leur première consultation, ont été soigneusement répertoriées. Au nombre de vingt, elles se répartissent ainsi :

- 4 femmes n'étaient pas enceintes. Une présentait un volumineux fibrome, et une autre un polype accouché par le col.

- 9 femmes présentaient une grossesse normale avec résultat de l'examen anatomo-pathologique montrant un placenta jeune et bien vivace. Parmi elles, 3 étaient porteuse d'un polype et une d'un ectropion qui saignait.

- Pour 7 femmes enfin, la grossesse était arrêtée (placenta dégénératif à l'examen anatomo-pathologique) : dans 3 cas la fausse couche a eu lieu avant l'intervention, dans 3 cas le placenta était dégénéré, et dans un cas il s'agissait d'un oeuf clair.

Par ailleurs, dix sept résultats anatomo-pathologiques montraient des grossesses arrêtés sans présence de métrorragies (14 placentas dégénérés, un oeuf clair et deux grossesses extra-utérines).

Grossesse / Métrorragies	Normale	Pathologique	Total
NON	401	17	418
OUI	9	7	16
TOTAL	410	24	434

La comparaison des répartitions obtenues dans le tableau n'est pas possible en raison des effectifs calculés trop petits. Il apparait toutefois que dans 44 % des cas de métrorragies, la grossesse n'aurait pas été menée à terme, alors que s'il n'y a pas de métrorragies ce pourcentage n'est que de 4 %.

CONCLUSIONS DE L'ETUDE BIDIMENSIONNELLE

Plus de femmes ont entre 20 et 30 ans parmi celles qui demandent une interruption de grossesse, que parmi la population féminine de Côte d'Or.

Ces femmes viennent autant de l'agglomération urbaine que de la zone rurale et on note parmi elles une proportion plus importante qui est d'origine étrangère. Parmi les candidates à l'interruption de grossesse, elles sont plus nombreuses à exercer une activité salariée que dans la population féminine de Côte d'Or. La plupart de ces femmes actives n'ont aucun ou un enfant vivant. C'est au deuxième ou troisième enfant que se décide l'arrêt de l'activité professionnelle de la femme.

L'âge, la parité, la situation de famille n'interviennent que très peu dans le choix et l'utilisation de la méthode contraceptive antérieure. C'est chez les employées, les ouvrières et les agricultrices que la contraception est le moins utilisée.

L'étude médicale des dossiers n'apporte pas d'élément nouveau sujet à conclusion.

III L'ANALYSE STATISTIQUE MULTIDIMENSIONNELLE

1 - Méthodologie

2 - Résultats

3 - Conclusions

I - METHODOLOGIE DE L'ANALYSE STATISTIQUE MULTIDIMENSIONNELLE

Après l'étude statistique uni et multidimensionnelle qui nous a permis de montrer l'importance de certaines variables par l'utilisation de méthodes telles que le dénombrement, le calcul de moyennes et de pourcentages, la recherche de liaisons entre les variables, nous avons entrepris dans un but de synthèse un autre type d'étude statistique, moins classique, qui utilise des méthodes d'analyse multidimensionnelle. On sait en effet que l'usage de ces méthodes implique obligatoirement de disposer d'un ordinateur et de programmes particuliers.

Ici nous utiliserons deux méthodes d'analyse multidimensionnelle.

Nous disposions d'un échantillon de femmes venues demander une interruption volontaire de grossesse et nous voulions savoir si ces femmes pouvaient se regrouper en classes bien définies.

Pour cela nous avons utilisé la méthode de *l'analyse en composantes principales*.

Puis nous avons voulu vérifier que les classes définies par la méthode précédente correspondaient à une réalité, en utilisant une autre méthode d'analyse multidimensionnelle : *l'analyse linéaire discriminante*.

a) L'analyse en composantes principales

Comme toutes les méthodes d'analyse statistique multidimensionnelle, l'analyse en composantes principales a l'avantage de saisir et de traiter dans leur ensemble les p variables relevées sur un sujet, et de prendre en compte leurs corrélations mutuelles.

Cette méthode discriptive s'applique au cas où, a priori, on ne peut accorder aucun rôle privilégié à une variable, ni à un groupe de variable.

A priori également, on ne sait pas distinguer parmi les sujets une classification quelconque. On dispose donc uniquement d'un tableau de données correspondant à la lise de n individus chez lesquels on connait les valeurs de p paramètres ou variables.

Ce tableau peut être considéré comme la représentation d'un nuage de n-points-individus correspondant aux n sujets repérés dans l'espace IRp des p variables. On peut d'ailleurs tout aussi bien considérer que l'on dispose d'un nuage de p points-variables corres-

pondant aux p variables étudiées repérées dans l'espace R^n des n individus.

Examinons tout d'abord le nuage des individus dans le repère des p variables. L'analyse en composantes principales permet de simplifier sa description, car elle tient compte des corrélations entre les différents paramètres. On remplace ainsi les p paramètres initiaux par le plus petit nombre possible de nouvelles variables, combinaison linéaire des paramètres de départ. Ces nouvelles variables indépendantes entre elles sont appelées COMPOSANTES PRINCIPALES.

La première et la plus importante correspond au grand axe d'élongation du nuage. La seconde et la troisième lui sont orthogonales et définissent les autres directions d'élongation maximale du nuage observé.

L'analyse consiste donc à déterminer l'axe d'élongation maximale du nuage : ce sera le premier axe factoriel.

On cherche ensuite le deuxième axe, qui sera l'axe d'élongation maximale dans une direction perpendiculaire au premier, puis un troisième axe, orthogonal aux deux premiers et qui correspond toujours à l'élongation maximale dans la direction considérée.

La représentation est valable si une forte proportion de l'inertie totale, c'est-à-dire de la variance est exprimée par les premières composantes, autrement dit, si en simplifiant ainsi la représentation du nuage d'individus, on ne perd pas une quantité trop importante d'informations.

b) L'analyse linéaire discriminante

Cette analyse permet à partir de deux groupes bien déterminés, de choisir parmi les n variables prises au départ pour caractériser chaque individu, la variable qui discrimine le mieux les deux groupes. Puis parmi les n-1 variables restantes, la meilleure variable qui, associée à la précédente, discriminera le mieux les deux groupes et ainsi de suite jusqu'à la nième. On obtient ainsi une hiérarchie parmi les variables suivant leur pouvoir discriminant pour décider si un individu appartient à un groupe ou à l'autre.

Nous partons d'un échantillon d'individus pour lesquels nous connaissons n variables et l'appartenance à l'un ou à l'autre des deux groupes bien déterminés.

De l'ensemble des résultats que nous donne l'exécution de ce programme sur ordinateur, nous utiliserons essentiellement les parties suivantes :

- Calcul de moyennes et d'écart type pour chacune des n variables à l'intérieur de chaque groupe et pour l'ensemble des deux groupes.

- Test de STUDENT entre les moyennes relatives à chacune des variables par rapport à chaque groupe. Ce qui donne une idée de l'importance de chaque variable prise isolément pour différencier les groupes dans une étude unidimensionnelle.

- Discrimination multidimensionnelle proprement dite, qui comprend n fois la même suite de calculs. Au premier pas on construit une fonction linéaire d'une variable choisie parmi la n variable de départ : la variable choisie est celle qui discriminera le mieux les deux groupes. Au deuxième pas, on choisira une deuxième variable parmi les n-1 restantes, qui associée à la précédente, permettra de déterminer une fonction linéaire qui discriminera au mieux les deux groupes, et ainsi de suite jusqu'à la nième variable.

  Pour chacun de ces pas nous avons donc la détermination des coefficients d'une fonction linéaire. Cette fonction appliquée à un individu, permet de décider selon la valeur qu'elle prend pour cet individu s'il doit être classé dans le premier ou le deuxième groupe. Nous reclasserons donc notre échantillon total suivant cette loi de classement donnée par la fonction linéaire discriminante ainsi calculée.

  Nous avons alors des individus qui se trouvent "bien classés", c'est-à-dire classés dans le groupe auquel ils appartiennent réellement, et d'autres individus qui se trouvent "mal classés", c'est-à-dire classés à tort dans le groupe auquel ils n'appartiennent pas.

  A chaque pas, on obtient ainsi un pourcentage de bien classés. Si le pourcentage est très haut (entre 80 et 95 %), alors les variables correspondantes permettent de bien séparer les deux groupes.

  Si par contre, le pourcentage reste bas, quelles que soient les variables choisies (entre 50 et 60 %) c'est que ces variables ne distinguent pas les groupes, ou que ces groupes ne sont pas distincts.

II - LES RESULTATS

a) L'analyse en composantes principales

Nous disposions au départ d'un échantillon de 500 femmes. Mais 264 femmes ont été éliminées, car au moins une des variables considérées était inconnue pour ces femmes.

Pour ce groupe restant et étudié de 236 femmes, nous avons utilisé les quarantes variables suivantes. Nous donnerons d'abord l'abréviation employée dans le graphe pour identifier la variable, puis sa définition.

Variables caractérisant la femme

AGE F : âge de la femme

AGRICULTRICE : femme agricultrice ou non.

PATRON F : profession appartenant ou non au groupe suivant : patron de l'industrie et du commerce, artiste.

CADRE SUP F : profession de cadre supérieur, profession libérale ou non.

CADRE MOY F : cadre moyen ou non

OUVRIERE : profession appartenant au groupe : employé, ouvrier personnel de service ou non.

ETUDIANTE : étudiante ou non

NON ACTIVE : n'exerçant aucune profession salariée ou non

VILLE : lieu d'habitat en agglomération urbaine ou en zone rurale.

Variables caractérisant le procréateur

AGE H : âge du procréateur

AGRICULTEUR : profession agricole ou non

PATRON : profession faisant partie des patrons de l'industrie et du commerce.

CADRE SUP H : profession libérale, cadre supérieur ou non.

CADRE MOY H : cadre moyen ou non.

OUVRIER : profession appartenant ou non au groupe suivant : employé, ouvrier, personnel de service.

POLICIER : faisant partie ou non de l'armée, de la police.

NON ACTIF : sans profession rétribuée (étudiant, militaire du contingent, chômeur), ou non.

Variables caractérisant la situation familiale de la femme

MARIE : mariée ou non

DIVORCE : divorcée ou non

VEUVE : veuve ou non

CONCUBINAGE : vivant en concubinage ou non

CELIBATAIRE SEULE : célibataire vivant seule ou non

CELIBATAIRE PARENTS : célibataire vivant chez ses parents ou non

FIANCE : fiancée, liaison suivie ou non

PARITE : nombre de parités

GESTATION : nombre de gestations

ENFANTS : nombre d'enfants vivants

AGE DU DERNIER : âge du dernier enfant vivant

ACCOMPAGNEMENT : femme venant seule ou accompagnée à la première consultation.

Variables caractérisant la contraception antérieure

AUCUNE CONTRACEPTION

CONTRACEPTION MINEURE : femme employant la méthode Ogino, des températures, utilisation de préservatifs masculins, du diaphragme, d'injections vaginales, de TA-RO Cap, du retrait.

CONTRACEPTION MAJEURE : utilisation d'une contraception majeure : pilule, stérilet, stérilisation tubaire.

PILULE MAL PRISE : lorsque la contraception orale antérieure a été mal prise, oubliée par la femme

PILULE ARRETEE DUREE : contraception orale suspendue par le médecin pour une raison de durée de prise.

PILULE ARRETEE R. MEDICALE : pilule interrompue par la femme ou par le médecin pour des raisons de mauvaise tolérance.

Variables caractérisant les différents motifs d'interruption donnés par la femme

MOTIF AGE : raison d'âge : se trouvant trop jeune ou trop âgée.

MOTIF REVENUS : revenus insuffisants, maison en construction, associés au nombre d'enfants suffisant, même si la femme n'en désire aucun (en raison de la fréquence de ces deux motifs donnés ensemble).

MOTIF PROFESSION : abandon de la profession

MOTIF MESENTENTE : mésentente conjugale, grossesse extra-conjugale, femme seule.

MOTIF MEDICAL : grossesse mal supportée pour des raisons de santé.

Le pourcentage de variances, expliqué par les trois premiers axes factoriels sont les suivants :

	% variance
Axe 1	15,29
Axe 2	6,70
Axe 3	5,73

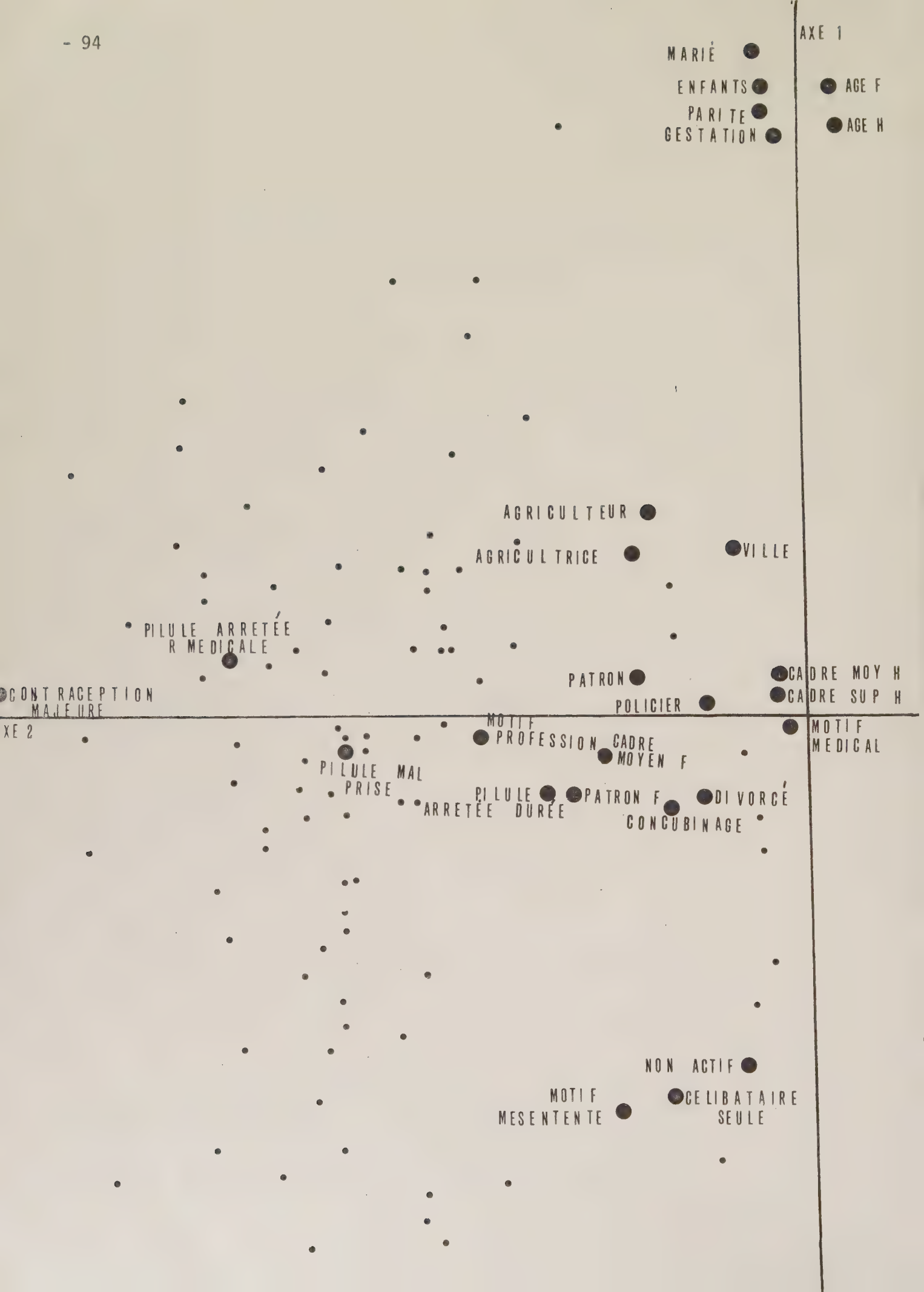
Ces pourcentages de variance sont relativement faibles. Nous donnerons les projections des individus et des variables uniquement dans le cas des deux premiers axes, car le troisième axe apporte peu d'informations supplémentaires.

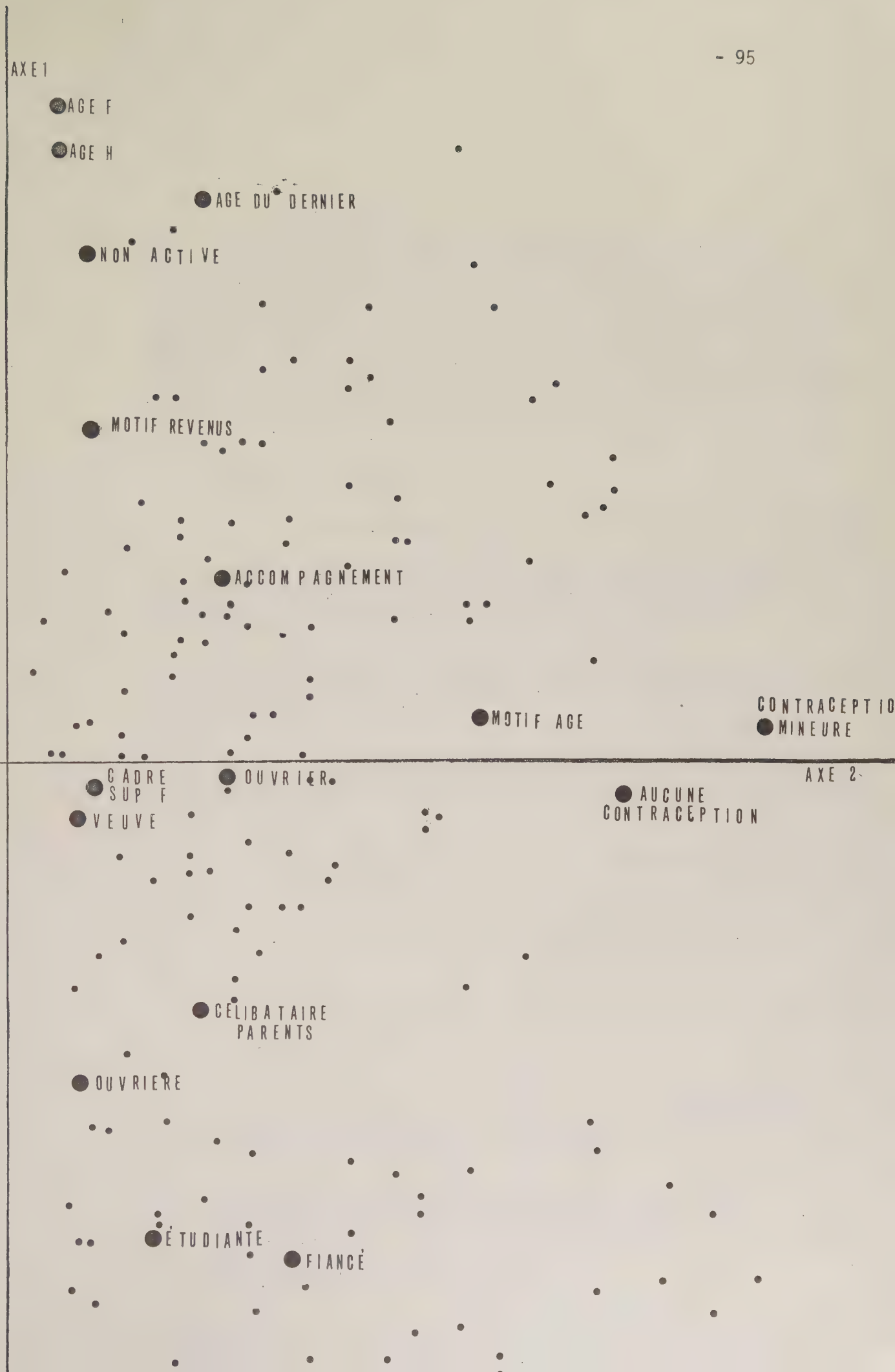
Dans le plan des deux premiers axes factoriels, nous avons représenté simultanément les projections de 236 individus et des 40 variables. Malgré la faiblesse des pourcentage de variance, nous avons tout de même mis en évidence un certain nombre de résultats qui nous paraissaient intéressants grâce au graphe page suivante.

C'est ainsi que le premier axe semble expliqué par la situation de famille de la femme : vers le haut de cet axe nous trouvons la variable *femme mariée* entourée des variables qui lui sont certainement très corrélées : *parité, gestation, nombre d'enfants vivants, âge du dernier enfant, âge de la femme, âge de l'homme* (souvent couple plus âgé), *femme sans profession*. La variable *revenus* semble également jouer un rôle important, proche de toutes les autres variables citées précédemment.

Les variables qui se trouvent vers le bas de cet axe caractérisent les femmes non mariées : *femmes seules, fiancées, vivant en concubinage, divorcées, veuves*. Ces variables sont certainement corrélées aux variables voisines : *mésentente conjugale, femme seule, grossesse extra-conjugale, homme sans profession* (étudiant, chômeur, militaire du contingent), *femme étudiante, célibataire vivant chez ses parents*.

Le second axe parait être l'axe de la contraception *contraception majeure* d'un côté, *contraception mineure* ou *absence de contraception* de l'autre côté. Nous remarquons d'ailleurs que les différentes causes d'arrêt de la pilule (*pilule mal prise, arrêt pour durée* ou *mauvaise tolérance*) se trouvent très proches de la contraception majeure (l'arrêt de la contraception orale s'observe uniquement chez les femmes ayant employé ce mode de contraception).


AXE 1
MARIÉ
ENFANTS
PARITE
GESTATION
AGE F
AGE H
AGRICULTEUR
AGRICULTRICE
VILLE
PILULE ARRETÉE
R MEDICALE
CONTRACEPTION
MAJEURE
PATRON
POLICIER
CADRE MOY H
CADRE SUP H
XE 2
MOTIF
PROFESSION CADRE
MOYEN F
MOTIF
MEDICAL
PILULE MAL
PRISE
PILULE
PATRON F
DIVORCÉ
ARRETÉE DURÉE
CONCUBINAGE
NON ACTIF
MOTIF
MESENTENTE
CELIBATAIRE
SEULE


AXE 1
AGE F
AGE H
AGE DU DERNIER
NON ACTIVE
MOTIF REVENUS
ACCOMPAGNEMENT
MOTIF AGE
CONTRACEPTIO
MINEURE
AXE 2
CADRE SUP F
OUVRIER
AUCUNE CONTRACEPTION
VEUVE
CELIBATAIRE PARENTS
OUVRIERE
ETUDIANTE
FIANCE

Sur ce graphe, les variables qui voisinent l'origine sont des variables qui n'interviennent pas (ou peu) dans la constitution des groupes. Ces variables sont en grande partie les catégories socio-professionnelles de l'homme et de la femme (*patron, cadre supérieur, cadre moyen*). Il semble donc que les groupes définis par les deux axes précédents contiennent les mêmes proportions de catégories socio-professionnelles, les catégories des *agriculteurs* et des *ouvriers* s'éloignent légèrement de l'origine et sont d'ailleurs de part et d'autre de cette origine. Ils auraient donc un comportement différent des autres catégories socio-professionnelles.

b) Analyse linéaire discriminante

Cette analyse a été utilisée de deux façons différentes :

1 - Nous avons voulu vérifier les résultats de l'analyse en composantes principales. Pour chacun des deux premiers axes factoriels, nous avons formé deux groupes déterminés par les individus qui se projettent de part et d'autre de l'origine de cet axe.

A l'aide de l'analyse linéaire discriminante, nous avons cherché à savoir quelle variable était la plus importante pour différencier ces groupes.

Nous avons été obligés de réduire l'effectif total des femmes à 149, par tirage au sort sur l'échantillon utilisé dans l'analyse en composantes principales, ceci à cause des contraintes du programme utilisé.

Premier échantillon correpondant au premier axe factoriel.

- 1er groupe : individus qui se projettent dans la 1/2 supérieure du groupe
- 2ème groupe : individus qui se projettent dans la moitié inférieure du groupe.

Les variables considérées dans ce cas sont les suivantes

. L'âge de la femme
. Sa situation de famille (mariée ou non).

La profession du couple : ici nous avons considéré à la fois les professions des deux conjoints s'il y avait lieu. Ces professions ont été regroupées en cinq catégories :

. Agriculteur, ouvrier agricole ou non.
. Patron, cadre moyen, cadre supérieur ou non.
. Employé, ouvrier, personnel de service, armée, police ou non.
. Etudiant ou non.
. Avec ou sans activité salariée.

. Nombre des enfants.
. Age en mois du dernier enfant vivant.

Les motifs ont été regroupés en quatre catégories :
. Femme seule ou non
. Nombre d'enfants suffisant ou non.
. Revenus insuffisants, maison en construction ou non.
. Autre motif : trop jeune, jeune mariée, mésentente conjugale, professionnel, grossesse mal supportée du point de vue médical ou social.

. Pas de contraception.
. Contraception mineure.
. Contraception majeure.

Nous vérifions que la première variable discriminante est la situation de famille : cette variable classe bien 91,28 % des individus et le coefficient de corrélation variable-fonction linéaire discriminante est élevé (0,845). Ce qui prouve que les groupes définis par l'analyse en composantes principales sont presque totalement expliqués par la situation de famille.

Deuxième échantillon correspondant au deuxième axe factoriel :

Le premier groupe d'individus se projette à gauche du graphe, le deuxième à droite.

Les variables considérées dans ce cas sont les mêmes que pour le premier échantillon.

Ici encore la variable contraception classe correctement 88,59 % des individus et ce pourcentage ne varie pratiquement plus en ajoutant de nouvelles variables (le maximum de pourcentage de "bien classés" est de 91,95 %). Le coefficient de corrélation variable-fonction linéaire discriminante est élevé (0,660), ce qui prouve que les groupes définis par l'analyse en composante principale peuvent être presque totalement expliqués par la contraception.

2 - Nous avons voulu savoir ce qui séparait ces groupes en dehors de la variables la plus discriminante. Nous avons donc retiré la variable la plus discriminante dans chacun des échantillons précédents.

Premier échantillon correspondant aux deux groupes séparés par la situation de famille :

L'ordre hiérarchique des variables obtenues est donné dans le tableau suivant. Nous donnons à droite du nom de chaque variable le pourcentage de bien classés obtenu en considérant pour chaque

femme cette variable additionnée de toutes celles qui sont au-dessus. Nous donnons également les coefficients de corrélation variable-fonction linéaire discriminante qui mesurent l'importance de la variable dans sa contribution au classement (si ce coefficient est près de un en valeur absolue, il est très important, si ce coefficient est petit la variable intervient peu dans le classement).

Variable	Pourcentage de bien classés	Coefficient de corrélation variable F.L.D.
Nombre d'enfants	83,89	- 0,650
Age du dernier enfant	77,18	- 0,554
Nombre d'enfants suffisant	82,55	- 0,450
Sans profession	79,19	- 0,450
Femme seule	79,87	0,336
Autre motif	81,88	0,145
Age	82,55	- 0,573
Revenus	83,22	0,048
Ouvrier	85,91	0,043
Etudiant	85,91	0,255
Agriculteur	85,23	- 0,060
Contraception	85,23	- 0,075
Patron	84,56	- 0,22

En lisant ce tableau, nous constatons que les quatre premières variables : nombre d'enfants, âge du dernier enfant vivant, nombre d'enfants suffisant, femme sans profession, séparent très significativement le groupe des femmes mariées du groupes des non mariées, puisqu'à elles quatre elles classent correctement 83,89 % de l'échantillon.

Les trois variables suivantes : femme seule, autre motif (âge, mésentente, profession, motif social), âge, n'améliorent que légèrement le classement, mais gardent une certaine importance si l'on considère leur coefficient de corrélation variable-fonction linéaire discriminante.

Les sept variables suivantes n'apportent que peu d'informations supplémentaires.

Deuxième échantillon correspondant aux deux groupes séparés par la contraception.

Dans le tableau suivant, nous donnons les variables par ordre hiérarchique, le pourcentage de bien classés obtenu, le coefficient de corrélation variable-fonction linéaire discriminante.

Variable	Pourcentage de bien classés	Coefficent de correlation variable F.L.D.
Patron - cadres	73,83	+ 0,875
Situation familiale	73,83	- 0,187
Age	73,83	+ 0,005
Autre motif	74,50	+ 0,225
Etudiant	75,17	- 0,127
Revenus	73,83	+ 0,042
Nombre d'enfants	75,17	+ 0,044
Femme seule	75,84	- 0,027
Nombre d'enfants suffisant	75,84	+ 0,033
Ouvrier	75,84	- 0,422
Age du dernier enfant	76,51	- 0,000
Sans profession	77,85	- 0,050
Agriculteur	77,85	- 0,129

D'après ce tableau, nous constatons que les variables affectées des plus gros coefficients sont les variables patron (0,875) et ouvrier (-0,422). Les coefficients de toutes les autres variables sont très faibles.

Il apparait donc que les catégories socio-professionnelles correspondant aux professions libérales, patrons de l'industrie et du commerce, cadres moyens et supérieurs utilisent beaucoup plus une contraception majeure, alors qu'au contraire, c'est chez les employés, ouvriers et personnel de service que l'on retrouve le plus de contraceptions mineures, ou pas de contraception du tout.

EN CONCLUSION de cette analyse statistique multidimensionnelle, nous pouvons résumer les différents résultats de la manière suivante :

- les deux principaux facteurs caractérisant les femmes qui demandent une interruption volontaire de grossesse, sont d'une part la situation de famille (femmes mariées par rapport aux femmes non mariées, célibataires vivant seules ou chez leurs parents, femmes divorcées, séparées, veuves, ou vivant en concubinage), et d'autre part les différentes méthodes de contraception (aucune contraception, contraception mineure ou contraception majeure).

- Le niveau social et de culture, que l'on peut déduire des variables professionnelles (patrons de l'industrie et du commerce, cadre moyen et supérieur d'une part, et employé, ouvrier, personnel de service, armée, police, d'autre part) apparait également comme un facteur intéressant. Mais ce facteur n'intervient que dans le choix de la méthode contraceptive.

COMMENTAIRES

Les résultats de notre enquête nous ont amené à un certain nombre de réflexions et commentaires.

1°) Certains de nos résultats vont à l'encontre de ceux habituellement attendus :

Les demandes d'interruption volontaire de grossesse ne sont pas le fait de femme en détresse socio-économique, ou aux deux extrémités de la vie génitale : célibataires jeunes et sans ressources d'une part, femmes mariées multipares âgées aux nombreux antécédents médicaux et gynécologiques d'autre part.

Parmi les femmes qui sollicitent une interruption volontaire de grossesse, 50,4 pour cent ont entre 20 et 29 ans, âge de fréquence maxima de mariage et de procréation.

Ces femmes sont le plus souvent mariées (54,9 %). Elles ont peu d'enfants : aucun, un ou deux dans 72,6 pour cent des cas, et la dernière naissance date de deux à six ans le plus souvent.

Pourquoi, dans ces conditions sont-elles en "situation de détresse", et refusent-elles cette grossesse ?

2°) Les motifs qu'elles ont invoqués sont : l'âge dans 1,6 pour cent des cas, la solitude ou la mésentente conjugale dans 37,4 pour cent des cas, la grossesse mal supportée pour raison médicale dans 6,9 pour cent des cas. Mais dans 54 pour cent des cas, il s'agit de femmes qui considèrent qu'elles ont un nombre d'enfants suffisant, des investissements financiers leur imposant par ailleurs la poursuite de leur activité professionnelle.

Ainsi, ces femmes refusent la grossesse en cours :

- pour poursuivre leur activité professionnelle afin de "payer la maison", garder une situation financière indépendante, s'assurer une retraite, prévoir l'éventualité d'une rupture avec le procréateur. Dans notre enquête, cette activité professionnelle semble plus justifiée par le salaire qu'elle apporte que par l'intérêt de la profession et des contacts humains qu'elle procure (le motif "revenus" est invoqué dans 21,2 pour cent des cas, alors que le motif "profession" ne l'est que dans 9,2 pour cent des cas).

- par souci de bien-être matériel, de confort familial, et dans une certaine mesure d'inquiétude de l'avenir également, surtout sur le plan financier ou matériel.

3°) Puisque la famille à deux enfants parait être l'idéal pour la majorité des femmes demandant l'interruption volontaire de grossesse, pourquoi n'ont-elles pas ou mal employé la contraception ?

- 26,2 pour cent des femmes entre 20 et 29 ans ne mettaient préalablement en pratique aucune méthode de contraception. C'est pourtant dans cette tranche d'âge que la contraception est la plus utilisée en référence à cette population de 500 femmes.

- 35,5 pour cent de ces femmes exployaient une contraception mineure qui aurait pu éventuellement permettre d'espacer les naissances, mais dont l'efficacité n'est pas absolue.

- 43,2 pour cent employaient une contraception majeure qui a été utlisée ou arrêtée pour raison de durée d'emploi dans 56,2 pour cent des cas, et dans 42,5 pour cent des cas pour mauvaise tolérance (troubles digestifs, nervosité, troubles circulatoires, obésité).

Il faut noter que nous avons observé six grossesses sur stérilet en place, dont cinq chez des femmes entre 20 et 29 ans.

Devant cette constatation se posent des questions :

Pourquoi ces femmes qui n'employaient aucune contraception, une contraception peu efficace ou mal comprise

- sont-elles suffisamment informées pour demander une interruption volontaire de grossesse ?

- refusent-elles d'utiliser une contraception efficace, alors qu'elles acceptent le recours à l'interruption de grossesse

. Est-ce un problème psychosomatique ? le goût du risque, l'irresponsabilité ou le fait d'un acte manqué au sens psychiâtrique du terme (ambivalence entre l'envie d'avoir un enfant et les exigences que cela comporte). Ces faits peuvent expliquer l'aggravation d'un état psychique précaire après l'intervention.

. Est-ce par crainte pure et simple du moyen contraceptif ?

. Est-ce tout simplement le fait d'une négligence, d'une non prévision de l'avenir ?

4°) Enfin, sur le plan obstétrical et médical pur, nous constatons que :

. Comme toute intervention, l'interruption volontaire de grossesse peut être grévée de complications précoces ou tardives : nous avons noté un pour cent de suites pathologiques, mettant en jeu la vie de la femme ou son avenir génital. Mais ces complications sont

- souvent liées à l'état pathologique antérieur
- moindre que dans les avortements clandestins
- moins importante qu'au décours de la puerpéralité en général.

Les différents examens médicaux et biologiques systématiques ont permis le dépistage d'une pathologie variée importante dans 2,2 pour cent des cas et l'orientation des malades vers un milieu spécialisé.

CONCLUSION

Un effort tout particulier doit être fait en vue de la diffusion de la contraception en tant que moyen de régulation des naissances. Grâce à l'éducation sanitaire, à l'information du couple, et à la mise à la portée de toute la population de la contraception, l'interruption volontaire de grossesse ne devrait plus être qu'une mesure d'exception.

Il conviendrait de permettre sa libération à la femme, en lui donnant la possibilité d'un choix valable : mener une activité professionnelle (avec tous les avantages financiers et la retraite que celà comporte), ou élever ses enfants sans être pénalisée par un préjudice matériel à court ou long terme (allocations, assurances, retraite).

C O N C L U S I O N S

Les résultats de notre enquête sur cinq cents demandes d'interruptions volontaires de grossesse nous ont amenée aux conclusions suivantes :

Parmi les femmes qui sollicitent une interruption volontaire de grossesse, 50,4 pour cent ont entre 20 et 29 ans, sont mariées, exercent une profession et ont peu d'enfants vivants (0, 1, ou 2).

La majorité de ces femmes n'employaient pas ou mal, la contraception.

Nous avons noté dans notre série un pour cent de suites pathologiques mettant en jeu la vie de la femme ou son avenir génital.

L'interruption volontaire de la grossesse ne doit pas devenir le moyen de régulation des naissances, aux dépens de la contraception.

Il conviendrait de renforcer les lois sociales permettant aux femmes d'élever leurs enfants, sans être pénalisées par un préjudice matériel à court ou à long terme.

Le Président de la thèse :

VU et permis d'imprimer

Dijon, le 17/6/76

Le Doyen,

BIBLIOGRAPHIE

1 - AIMAKHU V.E.

Out patient uterine vacuum curettage without anesthesia.
Int. Surg. feb. 1975, 60, n° 2, 97-100.

2 - ANDREEV O.

Symptômes déterminants le moment de l'évacuation complète du contenu de l'utérus, en cas d'interruption provoquée de la grossesse par la méthode de vacuum excochléation.
Folio méd., 1972, 14, n° 6, 378-382.

3 - AREY L.B.

Developmental anatomy.
A textbook and laboratory manual of embryology. Saunders Edit.
Londres 1965.

4 - BALINT M., SANDLER A.M.

Les interruptions de grossesse vécues par le médecin de famille en Grande Bretagne.
Gaz. Méd. France, 1971, 78, n° 4, 509-516.

5 - BARBILLON C.

Interruption de grossesse et refus d'assitance à personne en péril.
Rev. Prat. 1975, 25, n° 46, 3590-3591.

6 - BARNETT J.M.

Succion curettage on unanesthetized out patients.
Obstet and Gynec. 1973, 42, n° 5, 672-675.

7 - BARRAT J., ARNALSTEEN Ch. et DARBOIS Y.

Risque d'immunisation foeto-maternelle anti-rhésus en particulier après avortement et amniocentèse. Nécessité de sa prévention.
Entretiens de Bichat, Spécialités, 483-484.

8 - BARRAT J. et ARNALSTEEN Ch.

Complications et conséquences des avortements dits "bien faits".
Rev. Prat. 1974, 24, n° 9, 703-721.

9 - BARRON S.L.

New trend in therapeutic abortion.
Lancet 72, 2 décember, 1193.

10 - BAUDET J.H., FONTY B., DAFFOS F., PICHEREAU P., ZAGO J., COLLET D., EYRAUD J.P.

Les interruptions de grossesse par aspiration. A propos de 500 cas.
Gaz. Méd. France, 1975, 82, 36, 4247-4254.

11 - BAYLE H.

La contraception masculine.
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4765-4768.

12 - BENZINA BEN CHEIKH T. et Coll.

Techniques de l'avortement par aspiration.
Tunis Méd. Mars-Avril 1971, 2, 119-120.

13 - BERGER M., et FURTOS J.

Réflexions sur le fonctionnement d'un centre d'avortement clandestin en France.
C.M.L. 1974, 50, 28, 2257-2264.

14 - BERIC B.M. et KUPRESANIN M.

Aspiration sous vide avec bloc péricervical pour avortement légal : une technique pour le malade externe jusqu'à la douxième semaine de la grossesse.
Lancet, 18 sept. 1971, 7725, 619-621.

15 - BERIC B. et Coll.

The Karman catheter. A preliminary evaluation as an instrument for termination of pregnancies up to twelve weeks of gestation.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1972, 114, 273-275.

16 - BERIC B. et Coll.

Accidents and sequelaes of medical abortion.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1973, 116, 6, 813-821.

17 - BERNARD S.

Techniques d'anesthésie pour les avortements sous contrôle médical.
Rev. Prat. 1974, 24, 9, 739-752.

18 - BIRABEN J.N.

La régulation des naissances dans le monde. Expérience des pays anglo-saxons, pays sous développés.
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4713-4728.

19 - BLACQUE-BELAIR M.

Contraception par méthodes obturantes.
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4657-4668.

20 - BORTEN-KRIVINE I.

Retentissement psychique des avortements provoqués.
Gaz. Méd. France, 1971, 78, 4, 479-491.

21 - BOUE A. et BOUE J.

Etude chromosomique de 1.500 avortements spontanés.
Journée du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, mai 1972.

22 - BOURGEOIS M.

Avortements et résistances à la contraception.
Contraception, juin 1975, 2, 4, 258-264.

23 - BRANCHI B.B. et BRIDGMAN H.

Utilisation d'une bouteille dans laquelle on a fait le vide pour les aspirations utérines pour avortement précoce.
Lancet, 10, mars 1973, 1, 7.802, 520-521.

24 - BRUNERIE J., HENRION R., NEWTON M. et WATTEVILLE M. (de)

Techniques modernes d'interruption de grossesse.
Contraception, janv. 1974, 2, 1, 27-37.

25 - BUCKLE A.E.R., ANDESON M.M. et LOUNG K.C.

Aspiration sous vide de l'utérus dans l'avortement thérapeutique.
Brit. Med. J., 23 mai 1970, 2, 5.707, 456-457.

26 - BURRIT W. et NEWTON M.D.

Laminaria tent : relic of the past or modern medical device ?
Amer. J. Obstet. Gynec. 1972, 113, 4, 442-448.

27 - CANZLER E., RABSILBER S. et HEMKE G.

Interruption de la grossesse par catheter en plastique mince.
Zbl. Gynäk. 1975, 97, 2, 72-77.

28 - CARLOTTI J.P. et MARCY J.

Essai sur la contraception en France.
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4729-4752.

29 - CHALUPA M.

Utilisation du vacuum extractor dans l'interruption artificielle de la grossesse.
Zbl. Gynäk, déc 1966, 86, 51, 1803-1808.

30 - CHAMBONNET R.

Expérience hospitalière d'avortement thérapeutique (31 observations)
Thèse, Lyon 1970.

31 - CHARTIER M.

Les méthodes d'abstention périodique.
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4 627-4.634.

32 - CHATFIELD W.R., et KOTONYA A.O.

Emploi du curetage par succion dans l'avortement incomplet.
J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlt., mai 1970, 77, 5, 464-466.

33 - CHU-CHEN K., VASSILAKOS P. et BEGUIN F.

Curetage explorateur par aspiration sans narcose.
Gyn. prat. 1972, 23, 1, 5-8.

34 - COHEN J.

Pourquoi les interruptions de grossesse ?
Contraception, juin 1975, 3, 4, 265.

35 - COHEN J. et PALMER R.

Interruption de grossesse. Aspiration ou curetage ?
Conc. Méd. 1974, 96, 23, 3723-3730.

36 - CONGER B.S., TYLER C.W. et PAKTER J.

Etude des perforations utérines en rapport avec le curetage par succion.
Obstet and Gynec. Oct. 1972, 40, 4, 551-556.

37 - CONNEL E.B.

Avortements : types, techniques, résultats.
Fert. and Steril. Janv. 1973, 24, 1, 78-91.

38 - DARBOIS Y.

Curetage et aspiration. Techniques et complications.
Rev. Prat. Fev. 1974, 24, 9, 645-669.

39 - DAVID G.

Origine et développement de l'oeuf. Formation et développement du foetus.
E.M.C. Obst. Paris, 1, 5.001 A 10, A 50,1972.

40 - DOLLANDER A.

Eléments d'embryologie.
Flammarion, édit. Paris 1970.

41 - DVORAK Z., TRNKA V. et VASICEK R.

Termination of pregnancy by vacuum aspiration.
Lancet 1967, 2, 7.524, 887-998.

42 - EATON C.J., COHN F. et BOLLINGER C.C.

Lamination tent as a cervical dilatator, prior to aspiration type therapeutic abortion.
Obstet. and Gynec. Av. 1972, 39, 4, 533-537.

43 - EVRARD J.R.

The impact of abortion on maternal and perinatal mortality rates.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1972, 113, 2, 415-418.

44 - EYRAUD A.

Nouvelle technique d'avortement thérapeutique : l'aspiration.
Thèse Lyon, 1970.

45 - EYRAUD J.P.

Les interruptions de grossesse par aspiration. A porpos de 500 observations.
THèse Limoges, 1975.

46 - FILSHIE G.M., AHLUWALIA J. et BEARD R.W.

Portable Karman curette equipment in management of incomplete abortions.
Lancet, 17 nov. 1973, 2, 7.838, 1.114-1.116.

47 - FLAMIG G. et SCHNECK P.

Expériences cliniques avec l'avortement par vacuum extractor.
Zbl. Gynäk., 29 nov. 1969, 91, 48, 1.567-1.570.

48 - FONGORGET J.

L'avortement libre en Europe.
Médecine Européenne 1973, (23), 16-25.

49 - FRESCO A.

Clinique d'avortement a New York en octobre 1974.
Le conseil conjugal, oct. 1974, 25-27.

50 - GEISENDORF W.

L'avortement libre aux Etats Unis.
Médecine et Hygiène, 1973, 31, 1078, 1.776-1.778.

51 - GERAUD R.

La demande abortive et ses réponses.
Contraception, Juil. 1975, vol. 3, n° 4.

52 - GIROUD A. et LELIEVRE A.

Eléments d'embryologie.
Le François, édit. Paris 1965.

53 - GISSELMANN A. et MARIN A.

L'avortement, la contraception, la stérilisation en 1976.
Quelques aspects médico-légaux.
C.M.L. 9 avril 1976, 1, 31, 2.165-2.168.

54 - GOLDSMITH S. et MARGOLIS A.J.

Avortement par aspiration sans dilatation cervicale.
Amer. J. Obstet. Gynec. 15 Juil. 1971, 110, 4, 580-582.

55 - GOULON et coll.

Persistance des risques mortels des avortements clandestins.
Colloque International de l'ANEA, Paris, 1972.

56 - GUTTORM E.

Résultats des procédés de curetage par vide à l'aide de l'aspirateur Vabra en pratique gynécologique.
Acta. Obstet. Gynec. Scand. 1971, 50, suppl. 9, 53

57 - HAVEMANN O., HAUSSWALD H.R., SEIDENSCHUR G. et BADER G.

Premières expériences avec le curetage par aspiration.
Zbl. Gynäk., 1975, 97, 1, 20-24.

58 - HERVET, CHEYNIER J.M.

Avortement préventif.
E.M.C. Obst. 1973, 1, 5.106 A 10.

59 - HERVET E.

A la recherche de la vérité sur l'avortement.
Gyn. Obst. Paris, 1970, 69, 3, 287-295.

60 - HERVET E.

Discussion sur la législation de l'avortement.
Entretiens de Bichat Spécialité, 1970, 337-348.

61 - HERVET E.

Avortement légal - Avortement clandestin.
Rev. Prat. 1974, 24, 9, 637-641.

62 - HERVET E.

Stérilisation tubaire complémentaire de l'avortement.
Rev. Prat. 1974, 24, 9, 721-736.

63 - HODGSON

Menstrual extraction putting it and all its synonyms into proper prospectives and pseudonyms.
JAMA, 13 may 1974, 228, 7, 849-850.

64 - HOFFMANN J. et ZIEGEL E.

Expériences cliniques dans l'interruption de la grossesse par le vacuum extractor.
Zbl. Gynäk., 22 Juil. 1972, 94, 29, 913-917.

65 - HULKA J.F., LEFLER H.T., ANGLONE A. et LACHENBRUCH P.

A new electronic force monitor to mesure factor influencing cervica dilatation for vacuum curettage.
Amer J. Obstet. Gynec. 15 sept. 1974, 120, 2, 166-173.

66 - HUNTINGFORD P. (Londres)

Mortality and morbidity of abortion.
Lancet 1, mai 1971, 7.707, 1012-1013.

67 - JAMAIN G. et GRENET C.

Complications chirurgicales et gynéco-obstétriques de l'avortement.
Gaz. Méd. France, 1971, 78, 4, 461-467.

68 - JENSEN J.G.

Trois ans d'expériences du curetage par vide.
Acta obstet. Gynec. Scand. 1971, 50, suppl. 9, 52.

69 - KAHN-NATHAN J.

Les stérilets.
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4669-4680.

70 - KARMAN H. et POTTS M.

Avortement très précoce à l'aide d'une seringue comme source d'aspiration (techniques).
Lancet, 13 mai 1973, 7759, 1051-1052.

71 - KATZ J. and AC.

Incidence of Rh immunization following abortion.
Amer. J. Obstet. Gynec. 15 sept. 1971, 117, 2,

72 - KERSLAKE D. and CASEY D.

Abortion induced by means of the uterine aspiration.
Obst. And Gynec. (NY) 1967, 30, 35-45.

73 - KESTELMANN

Out patient termination of pregnancy.
Lancet, sept. 1971, 4, 5.787, 606-610.

74 - KINALSKA I., SIPOWICZ I.

Interruption de grossesse, l'état actuel en pologne.
G.M.F., 78, 4, 517-518.

75 - KRAUSS D.

Indication eugénique d'interruption de grossesse.
Munsch. Med. Wschr. 1971, 113, 45, 1505-1512.

76 - KREIBICH H.

Technique d'interruption artificielle de la grossesse
Zbl. Gynäk. 1975, 97, 2, 65-71.

77 - LAUERSEN N.H., CONRAD P

Effect of oxytocic agent on blood loss during first trimester succion curettage.
Obst. and GYnaec. Sept. 74, 44, 3, 428-433.

78 - LAUFE, KREUTNER

Vaginal hysterectomy : a modality for therapeutic abortion and sterilisation.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1971, 110, 8, 1086-1099.

79 - LE LORIER G.

A propos de l'expérience acquise dans quelques pays étrangers après la libéralisation de l'avortement volontaire.
Bull. Acc. Nat. Méd. 1972, 156, 20-21, 677-682.

80 - LEPAGE F.

Stérilisation chirurgicale de la femme.
G.M.F. 1971, 78, 4, 491-498.

81 - LEWIS C. Stella.

Vacuum termination of pregnancy.
Brit. Med. J. 6 nov. 1971, 365.

82 - LEWIS C. Stella

Out patient termination of pregnancy.
Brit. Med. J. 4 déc. 1971, 606-610.

83 - LIU D.T.Y., HUDSON I.

Karman cannule and first trimester termination of pregnancy.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1 av. 1974, 118, 7, 906-909.

84 - LOUBIERE-DELBES A.M.

L'évacuation endo-utérine par aspiration (cent cas contrôlés par curetage).
Thèse Paris 1972, n° 98.

85 - LOUNG K.C., BUCKLE A.E.R., ANDERSON M.M.

Résultats de 1.000 cas d'avortements thérapeutiques réalisés par aspiration sous vide.
Brit. Med. J. 20 nov 1971, 4, 5785, 477-479.

86 - MACKUY

Occurence of ectopic pregnancy following artificial abortion.
Cesk. Gynec. juillet 1970, 35, 375.

87 - MAGNIN P., GABRIEL H., EYRAUD A.

Nouvelle technique d'avortement thérapeutique : l'aspiration .
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Fr. nov. 1967, 19, 5, 471-478.

88 - MAHON R.

L'avortement volontaire.
Femme-Enfant 1969, 3, 5, 17-23.

89 - MAGURSKY V. and Von FRIESEN B.

Act. Obst. Gynec. Scand. 1971, 50, 3, 292-293.

90 - MELKS E.T.

Experience of vacuum excochlection.
Akush. I. Ginek. 1964, 6, 133-135.

91 - MOBERG P., SJOBERG B., WIQVIST N.

The hazards of vacuum aspiration in late first trimester abortion.
Acta Obstet. Gynec. Scand. 1975, 54, 2, 113-118.

92 - MONDOR

Les avortements mortels.
Population J.A., 1966, 4, 647-677.

93 - MONROZIERS

Gravité actuelle de l'avortement provoqué.
Entretiens de Bichat. Gynec. 1973, 441-442.

94 - MULLER M.

Complications menaçant la vie dans le curetage par aspiration.
Geburtsh. u. Frauenheilk, aout 1974, 34, 8, 617-619.

95 - NATHAMSON B.N.

Ambulatory abortion : experience with 26.000 cases (july 1970 to august 1972) (New York).
New Engl. J. Med. 24 feb. 1972, 286, 8, 403-407.

96 - NATON M.

Evacuation précoce de l'utérus gravide par la méthode de l'aspiration.
Thèse Lyon 1970, 77 pages.
In Lyon méd. 5 avril 1970, 223, 14, 784.

97 - NEMET J., KONYA Z.

Problème de l'interruption de grossesse par vibro-dilatation et vacuum aspiration.
Zbl. Gynäk, 24 janv. 1970, 92, 4, 120-127.

98 - NILSSON C.A.

Vacuum aspiration du contenu uterin dans l'avortement légal et conditions voisines.
Acta Obstet. Gynec. Scand. 1967, 46, 4, 501-514.

99 - NUSSLER E., THOMSEN P.B.

Vacuum curettage of the uterus.
Dan. Med. Bull. Av. 1975, 22, 4, 165-168.

100 - PALMER R.

Les techniques modernes d'interruption médicale de la grossesse.
Contraception, Sept. 1973, 1, 1, 21-22.

101 - PAPAVANGELOU WRETTOS

The effect of spontaneous and induced abortion.
J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth 1973, 80, 418-422.

102 - PARKER, HARRIS, NELSON

Legal abortion complications.
Lancet 1971, oct., 2, 731.

103 - PECKER A.

Aperçu sur les méthodes contraceptives de l'antiquité à la renaissance.
G.M.F. 1971, 78, 4, 455-461.

104 - PERETZ A., GRUNSTEIN S., BRANDES J.M. and PALDIE

Evacuation of the gravid uterus by negative presure.
Am. J. Obst. Gynec. 1967, 98, 18-22.

105 - PEYRET C.

Le législateur face au problème de l'avortement en France.
G.M.F. 1971, 78, 4, 499- 506.

106 - PFANNER D. et SAUNDERS D.

Curetage aspirant dans l'interruption de la grossesse.
Med. J. Austr., 17 oct. 1970, 57, 16, 733.

107 - PHILIPPE E. et Coll.

Endomètre et séquelles d'avortement.
Rev. Fr. Gyn. 1970, 65, 7-8, 413-421.

108 - PHILIPPE E., RITTER et Coll.

Grossesse tubaire, ovulation tardive et anomalie de nidation.
Gyn. Obst. Paris 1970, 69, 5 bis, 617-628.

109 - PRIEST R.G.

New trends in therapeutic abortion.
Lancet 1972, 18, 1085.

110 - RAINER S.

L'avortement thérapeutique par aspiration utérine.
Rev. Fr. Gyn. Juillet-aout 1968, 63, 7-8, 373-377.

111 - RAWLINGS E. and KHAN A.A.

Effects of abortion law 1967, on a gynaecological unit.
Lancet 4 dec. 1971, 2, 7.736, 1249-1251.

112 - ROCHEFORT C.

Pourquoi nous avortons..
G.M.F. 1971, 78, 4, 445-454.

113 - SAUNDERS P., ROWLAND R.

Curetage par vide de l'utérus sous anesthésie. Comparaisons avec le curetage conventionnel.
J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth, Feb. 1972, 79, 2, 168-174.

114 - SIMON

Psycological factor therapeutic abortion.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1969, 104, 6, 799-808.

115 - SOGOLOW S.R.

Ligature vaginale de trompe au moment du curetage sous vide pour avortement.
Obstet. Gynec. dec. 1971, 38, 6, 888-892.

116 - SOOD V., SATYA

Some operative and post operative hazards of legal abortion, termination of pregnancy.
Brit. Med. J. 1971, 4, 270-273.

117 - SOONAWALA R.P.

Technique simple d'évacuation utérine : curetage par aspiration, interruption thérapeutique de grossesse.
Lancet, 18 sept 1971, 2, 7.725, 640-641.

118 - STALLWORTHY J.A., MOOLGAOKER A.S.

Legal abortion : a critical assessment of its risks.
Lancet, dec. 1971, 2, 7.736, 1245-1249.

119 - STEPTOE P.C. et IMRAN M.

Combined procedure of aspiration termination and laparoscopic sterilisation.
Brit. Med. J. 27 sept. 1969, 3, 5673, 751-752.

120 - STEWART G.K., GOLDSTEIN P.

Medical and surgical complication of abortion.
Obst. and. Gynec. 1972, 40, 4, 539-550.

121 - SZYMCZYKIEWICZ J., NOWAK A.

Complications précoces après interruption de la grossesse par vibro-dilatation cervicale et aspiration du contenu utérin comparée à la méthode traditionnelle de l'avortement.
Pol. Tyg. Lek. 1969, 24, 3, 86-88.

122 - TIETZE N.Y.

U.S.A. Excerpta Medica International Congress 1971, 103.

123 - TIETZE C. and LEWITT S.

How safe in abortion.
Lancet jan. 1972, 1, 22, 198.

124 - TIETZE C. and LEWITT S.

Study.
Family planning 1972, 3, 97.

125 - TIETZE C., GUTTMACKER A.F.

Death after legal abortion.
Lancet, 13 jan. 1973, 1, 7794, 105.

126 - TIETZE C. and LEWITT S.

Complications précoces des avortements provoqués sous surveillance médicale "joint program for study of abortion".
The population council, 1973, 3, 6, 97-122.

127 - TUCHMANN-DUPLESSIS, DAVID

Illustrated human embryology.
Masson Edit. Paris, 1971.

128 - VAGOGNE A.

Les interruptions de grossesse.
Flash Méd. 1974, 34, 1-2.

129 - VAN WUGT

Interruption légale de la grossesse.
Gyn. Obs. Paris, 1971, 70, 1, 127-132.

130 - VERHAEGHE M.

Motivation de caractère personnel, familial ou social à une régulation des naissances.
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4699-4712.

131 - VERMAEGHEM et CREPING.

Conception, contraception .
Rev. Prat. 1970, 20, 29, 4613-4626.

132 - VLADOV E.

L'interruption précoce de la grossesse par la technique de vacuum aspiration.
Amer. J. Obstet. Gynec. 15 sept. 1967, 2, 202-207.

133 - VOJTA M.

Avortement thérapeutique par vacuum aspiration.
J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth, Oct. 1967, 74, 5, 768-770.

134 - WASSERTHEIL, SMOLLER

New York new abortion law.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1972, 113, 7, 979-986.

135 - WATTEVILLE (de) H.

Avortement tardif.
Rev. Prat. 1974, 24, 9, 689-702.

136 - WELTMANN L., TORRENCE

Comparaison de 188 cas d'intervention pour stérilisation après avortement.
Amer. J. Obstet., 1973, 117, 2, 251-254.

137 - WONG T.C., SCHULMAN H.

Endométrial aspiration as a means of early abortion.
Obstet and Gynec., dec. 1974, 44, 6, 845-852.

138 - WOODS J.R., HERRICK C.N., WIHTE R.M.

Curetage par aspiration. Une année d'expérience.
Obstet. and Gynec. mai 1973, 41, 5, 720-725.

139 - WU Y.T. and WU H.C.

Suction curettage for artificial abortion.
Chin. J. Obst. Gynec., 1958, 6.

140 - ZAGO J.

Stérilisation tubaire pratiquée dans les C.H.R. de Toulouse et de Limoges. A propos de 155 observations.
Thèse Toulouse, Avril 1975.

141 - ZORN J.P.

Faut-il traiter les grossesses menacées au début.
E.M.C. déc. 1972, Obst., n° 65-2, recueil périodique.
(Journées endocrinologiques de l'Hôpital Necker, Mars 1972).

ANONYMES - INCONNUS

142 - O.M.S. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport technique, avortement spontané, avortement provoqué. 1970, 461, 60 pages.

143 - Techniques modernes d'interruption de la grossesse.

Semaine Hôp. Paris, (Information) 2 déc. 1973, 15-17.

144 - Les méthodes modernes d'interruption de la grossesse.

Méd. Mond. 9 mai 1974, 148, 44-45.

145 - Expérience du pays étranger sur la libéralisation de l'avortement.

Sem. Hôp. Paris (inform.), 1973, 26 , 8-9.

146 - L'avortement.

Gynec. Obstet. Paris, 1971, 70, 1, 127-137.

147 - L'avortement.

Méd. Prat. 1973, 500, p. 158;

148 - Journées de gynéco-endocrinologie. Hôpital Necker, Mars 1972.

149 - A propos de 456 interruptions volontaires de grossesse par six médecins du département de l'ouest.
Conc. Méd. 5.10.1974, 96, 34, 5095-5103.

REFERENCES STATISTIQUES

I - BENZECRI J.P.

Leçons sur l'analyse statistique des données multidimensionnelles (Octobre 1967).
Laboratoire du Prof. J.P. BENZECRI, Faculté de Sciences, PARIS.

II - DUSSERRE L., NAKACHE J.P.

Programme DUSDIS. Discrimination linéaire en deux groupes. Méthode du pas-à-pas.

III - LEBART L., FENELON J.P.

Statistiques et informatique appliquées.

IV - NAKACHE J.P.

Analyse en composantes principales.
Math. Informatique statistiques biomédicales n° 7, 1970.
Centre de calcul et de statistiques, C.H.U. Pitié-Salpétrière.

V - SCHWARTZ D.

Méthodes statisques à l'usage des médecins et des biologistes.
Flamarion, 1963.

VI - INSEE

Recencement général de la population de 1968, fascicule Côte d'Or.
Imprimerie nationale, 1971.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	3
Aperçu des méthodes abortives de l'Antiquité à la Renaissance	3
Evolution de la législation en Europe	6
Les résultats de la libéralisation	8
Rappel historique et démographique en France	10
L'évolution des législations en France	12
Le projet de loi	14
Le texte de loi	16
Modalités d'application de la loi du 17 janvier 1975 à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon	19
ETUDE STATISTIQUE	23
A - But de l'interprétation	24
B - Choix des dossiers étudiés	27
C - Choix des variables	27
ETUDE STATISTIQUE UNIDIMENSIONNELLE	29
A - Les paramètres socio-familiaux	29
B - Partie orthogénique et médicale	41
C - Le bilan de l'interruption volontaire de grossesse	55
STATISTIQUE BIDIMENSIONNELLE	59
1 - Méthodologie	60
2 - résultats	61
A - Aspect familial	61
B - Aspect socio-économique	68

Pages

C - Aspect orthogénique 76
D - Aspect médical 83

STATISTIQUE MULTIDIMENSIONNELLE 87
I - Methodologie 88
II - Résultats 91

COMMENTAIRES 101
CONCLUSION 104
BIBLIOGRAPHIE